UNIVERSITE DE STRASBOURG FACULTE DE MEDECINE

ANNÉE 1941-1942 N° 32

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

par

Suzanne SOMMER née ROEHRICH

Née le 9 Juin 1915, à SCHILTIGHEIM (Bas Rhin)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Strasbourg

Ancienne Interne provisoire des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

Son traitement

par l'Infiltration Anesthésique Locale des Pédicules Ovariens suivie d'Ignipuncture

Président : M. WEISS *

IMPRIMERIES MONT-LOUIS
57, RUE BLATIN, 57
CLERMONT-FERRAND

1942

UNIVERSITE DE STRASBOURG FACULTE DE MEDECINE

ANNÉE 1941-1942 N° 32

THÈSE

présentée pour le Doctorat en médecine

par

Suzanne SOMMER née ROEHRICH

Née le 9 Juin 1915, à SCHILTIGHEIM (Bas Rhin)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Strasbourg
Ancienne Interne provisoire des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

L'OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE

Son traitement

par l'Infiltration Anesthésique Locale des Pédicules Ovariens suivie d'Ignipuncture

Président : M. WEISS *

IMPRIMERIES MONT-LOUIS
57, RUE BLATIN, 57
CLERMONT-FERRAND

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. André Forster ✻ ✪ I.
Assesseur	P. Rohmer ✻ ✪ I.

Professeurs titulaires

Clinique médicale B	MM. Ambard ✻ ✪ I.
Embryologie et tératologie	Ancel ✻ ✪ I.
Clinique neurologique	Barré ✻ ✪ I.
Histologie	N....
Clinique O.R.L.	N....
Anatomie	Forster ✻ ✪ I.
Thérapeutique chirurgicale	Fontaine ✪ A.
Chimie biologique	Nicloux O. ✻ ✪ I.
Hygiène et bactériologie	Oberling ✻ ✪ A.
Clinique dermatologique	Pautrier ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique	Pfersdorff ✻ ✪ I.
Clinique ophtalmologique	Redslob ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et Accouchements	Reeb ✪ I.
Clinique infantile	Rohmer ✻ ✪ I.
Physiologie	N...
Pharmocologie et Médecine Expérimentale	Schwartz ✪ I.
Médecine légale et Médecine sociale	Simonin O. ✻ ✪ A.
Hydrologie et Climatologie	Vaucher ✻ ✪ I.
Physique biologique	Vlès ✻ ✪ I.
Clinique chirurgicale B	Weiss ✻ ✪ A.
Clinique médicale A	N....
Anatomie pathologique	N....

Professeurs sans chaire

Histologie	MM. Aron ✻ ✪ I.
Anatomie	Bellocq ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique	Géry ✪ I.
Clinique obstétricale et gynécologie	Keller ✻ ✪ I.
Clinique médicale	Hanns O. ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique	Gelma ✻ ✪ I.

Chargés de cours et agrégés

MM. Callot
Kayser ✪ A.
Romey O. ✻ ✪ A.
Tulasne
Forster Emile

MM. Klein
Sacrez
Warter
Ginglinger

MM. Humbert ✻ ✪ A
Reiss ✪
Thivolle ✪ A.

Chargé d'un cours complémentaire

M. Roederer ✪ I.

Professeurs honoraires

M. Bouin O. ✻ ✪ I.
M. Chavigny ✻ ✪ I.
M. Leriche O. ✻ ✪ I.
M. Stolz ✻ ✪ I.
M. Weill ✻ ✪ I.

Agrégé libre

M. Simon ✻ ✪ A.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543528_0042

A MON PERE

A MA MERE

A MON MARI

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

Professeur de clinique chirurgicale

En remerciement de l'intérêt qu'il a bien voulu prendre à notre travail.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur DIONIS DU SEJOUR

Professeur de clinique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre associé national de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé de ses précieux conseils. Nous n'oublierons pas l'accueil qu'il nous a réservé dans son service, son enseignement positif et vivant, sa bienveillance paternelle.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance, de notre affection et de notre respect.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

DE STRASBOURG

ET DE L'ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MEDECINE

ET DE PHARMACIE DE CLERMONT-FERRAND

INTRODUCTION

La méthode des infiltrations locales par les anesthésiques (novocaïne, scurocaïne ou produits similaires) a eu depuis quelques années un succès et une extension qu'il est vain de rappeler ici. Sous l'impulsion vigoureuse de Leriche et à sa suite, la plupart des chirurgiens de notre pays et beaucoup d'étrangers se sont armés de la seringue, et les patients se sont souvent déclarés satisfaits.

Partout où il était question de troubles vaso-moteurs, de spasmes, de douleurs rebelles, de névralgies de toute origine, de toute localisation et de toute nature, le fautif -- très souvent le sympathique -- a été atteint. Et comme la douleur sympathique est fréquente dans les lésions de l'appareil génital féminin, les gynécologues et les obstétriciens ne sont pas restés en arrière ; ils ont appliqué plusieurs fois la méthode en utilisant la voie vaginale ou transpérinéale ; elle ne les a pas déçus.

La voici qui apparaît maintenant dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique. A priori, son application n'y est pas inopportune. Certes, l'ovarite scléro-kystique est une lésion qui demeure parfois latente. Les chirurgiens et les gynécologues la rencontrent fréquemment au cours d'interventions pratiquées pour d'autres affections abdominales ou pelviennes. Mais souvent aussi, elle se traduit par une symptomatologie qui peut devenir très bruyante et les phénomènes réflexes d'ordre sympathique y sont prépondérants.

Elle se présente alors comme une affection où la douleur domine. Cette douleur empoisonne la vie des patientes qui vont de médecin en médecin, de thérapeutique en thérapeutique, sans trouver de soulagement.

Dernière venue, l'infiltration trouve ici un domaine très encombré, et encombrement, en thérapeutique, signifie quasi impuissance, ou tout au moins résultats inconstants : castration, ignipuncture, résection ovarienne, sections nerveuses,

soit des nerfs ovariens, soit du nerf présacré, sympathectomie périartérielle, etc., sans parler de l'opothérapie, aucune de ces méthodes n'a donné jusqu'à présent de résultats indiscutables.

C'est cette incertitude qui a incité notre maître, le professeur Dionis du Séjour, à chercher autre chose. Le titre de notre travail indique ce qu'il a trouvé : profiter de la laparotomie, chaque fois qu'elle est rendue nécessaire, pour faire simplement, avant l'ignipuncture classique, une infiltration du sympathique ovarien à ciel ouvert, aussi étendue et aussi complète que possible. On verra plus loin comment le professeur Dionis du Séjour fut amené à ce procédé, la portée de sa méthode, les objections et les résultats obtenus. Nous indiquons seulement ici le plan que nous nous proposons de suivre dans notre travail :

1. — Innervation de l'ovaire. — Déductions chirurgicales relatives au traitement de l'ovarite scléro-kystique.
2. — Physiologie des nerfs de l'ovaire.
3. — Anatomie pathologique.
4. — Etude clinique.
5. — Revue des traitements déjà proposés.
6. — Nouvelle méthode de traitement de l'ovarite scléro-kystique par l'infiltration des pédicules ovariens suivie d'ignipuncture.
7. — Observations. — Résultats.
8. — Conclusions.

CHAPITRE I

INNERVATION DE L'OVAIRE

Durant ces vingt dernières années, l'innervation pelvienne de la femme a été l'objet de nombreux travaux. La question est, en effet, extrêmement complexe. Chaque auteur a attribué une systématisation particulière aux différents éléments nerveux de la région pelvienne. Nous résumerons la situation de la façon suivante :

Le système nerveux pelvien de la femme comprend de nombreux filets se rassemblant en deux groupes d'éléments assez bien individualisés anatomiquement. Ce sont :

— *le plexus hypogastrique*, ou plexus pelvi-périnéal dont les branches se distribuent aux différents viscères du petit bassin : utérus, vagin, vessie, rectum ;

— *le plexus utéro-ovarien*, plus justement appelé plexus lombo-ovarien, dont les filets se rendent à l'ovaire et à la trompe.

Nous allons indiquer dans ce chapitre les notions relatives à l'anatomie des nerfs de l'ovaire, actuellement admises.

Dérivé embryologiquement de la région lombaire où il est en contact avec la surrénale et le rein, l'ovaire migre peu à peu, au cours de la vie fœtale, vers la cavité pelvienne. Il est logique qu'il reçoive son innervation et sa vascularisation directe de son lieu d'origine. D'après les auteurs classiques, le plexus lombo-ovarien participerait seul à l'innervation de l'ovaire (Hovelacque, Segond.)

Des travaux plus récents (Bourguet 1934 — Cordier 1940) ont montré que le plexus hypogastrique joue également un rôle dans l'innervation de l'ovaire. Ce courant nerveux pelvien, apparu secondairement après la migration de l'ovaire, acquiert une influence primordiale dans la physiologie ovarienne (Cordier).

Nous étudierons :

1° — Les nerfs ovariens *d'origine lombaire* ou plutôt *solaire*.

2° — Les nerfs ovariens *d'origine hypogastrique*.

3° — Les *terminaisons* des nerfs ovariens.

I. — NERFS OVARIENS D'ORIGINE SOLAIRE

Nous verrons successivement :

— leur origine,

— leur trajet,

— leur terminaison.

1° Origine du plexus lombo-ovarien.

D'après les *descriptions classiques*, le plexus lombo-ovarien ne serait qu'une dépendance du plexus rénal.

Pour Hovelacque, il naît d'une façon assez constante à partir de deux groupes de racines :

a) — Un premier groupe de racines issues du *plexus rénal*, au nombre de deux ou trois, se détachant de l'origine de ce plexus ou de sa partie moyenne (rarement de sa partie externe): elles passent, le plus souvent, en avant de l'artère rénale, ou entre elle et la veine, assez rarement devant cette dernière. Elles rejoignent ensuite l'artère ovarienne en un point variable.

b) — Un groupe de racines nées du *plexus intermésentérique*. Elles se portent en bas et en dehors pour rejoindre le tronc ovarien.

Plus récemment, Bourguet (1934) — Mitchell (1938) — Cordier (1940) soulignent le peu d'importance réservé au plexus rénal dans l'origine des nerfs de l'ovaire. Ils décrivent :

une ou deux racines nées directement du *ganglion semi-lunaire*, passant soit devant, soit derrière l'artère rénale:

— une racine née du *petit splanchnique* passant derrière l'artère rénale ;

— une à trois racines descendant de points divers du *plexus périrénal ;*

— un groupe de racines nées du *plexus préaortique intermésentérique.*

Les plexus rénaux et intermésentériques ne sont donc que des sortes de relais entre le plexus solaire et le plexus lombo-ovarien.

On trouve habituellement des *masses ganglionnaires* sur le trajet du plexus ovarien. Cordier décrit un ganglion de forme triangulaire, du volume d'une lentille, véritable ganglion ovarien, situé au point de jonction des racines nées du ganglion semi-lunaire, au niveau où elles rejoignent l'artère ovarienne.

2° Trajet des nerfs lombo-ovariens

Ainsi constitué, le plexus lombo-ovarien rejoint l'artère ovarienne à peu de distance de l'origine de cette dernière. A ce niveau, il est le plus souvent constitué par un tronc unique, dédoublé par places, les deux branches étant parfois très écartées (Hovelacque).

Les rapports avec les éléments vasculaires, avec l'artère en particulier, sont variables. Les filets d'origine rénale se placent habituellement en dehors de l'artère ; les filets d'origine mésentérique finissent par rejoindre son bord interne. Ces deux groupes de fibres présentent un certain nombre d'anastomoses entre elles, le long de leur trajet. De 10 à 12 centimètres au-dessous de l'artère rénale, ils cheminent assez voisins de l'artère ovarienne, mais sans lui être accolés.

Il est très difficile de repérer les filets ovariens parmi les éléments du pédicule. D'ailleurs, le très petit calibre de l'artère et la disposition fréquemment plexiforme de la veine, rendent la recherche de l'artère délicate (Cordier).

Signalons encore de nombreuses *cellules ganglionnaires* sur le trajet des nerfs ovariens dans le ligament suspenseur de l'ovaire.

3° Terminaison des nerfs lombo-ovariens

Selon la description d'Hovelacque, à partir du détroit supérieur, le plexus plonge dans le bassin pour atteindre l'angle supéro-externe du ligament large. Au point où la trompe se coude, il donne une *branche tubaire* qui se divise elle-même en deux rameaux. L'un se porte sur le pavillon, l'autre sur l'ampoule de Henle. Ces rameaux sont visibles macroscopiquement sur une étendue de deux centimètres seulement.

Ayant fourni cette branche tubaire, le nerf s'engage dans le mésovarium en suivant les branches artérielles. Il donne deux ou trois filets qui, parallèles aux veines, gagnent la partie moyenne du hile de l'ovaire. Ce sont les *nerfs ovariens* proprement dits. Nous étudierons plus loin leur terminaison.

Après avoir donné ces branches ovariennes, les nerfs lombo-ovariens passent au-dessous du ligament utéro-ovarien, situé au-dessous des vaisseaux; ils gagnent ainsi la partie supérieure du bord latéral de l'utérus et donnent cinq ou six *filets terminaux* qui sont situés, les uns en avant, les autres en arrière des vaisseaux utérins.

Pour Hovelacque, il semble qu'il n'y ait jamais d'anastomoses entre ces filets et ceux qui accompagnent les vaisseaux utérins. Bourguet, puis Cordier, par contre, ont vu la branche tubaire en forme de T décrite par les classiques, se continuer le long de l'arcade tubaire. Elle donne quelques filets à la trompe et entre en connexion avec les filets nerveux de calibre extrêmement fin qui viennent des nerfs latéraux utérins et suivent l'artère tubaire externe. Cette branche tubaire est constante d'après ces auteurs.

La loupe binoculaire est souvent nécessaire pour suivre les nerfs jusqu'au hile de l'ovaire; même avec cet instrument, il est difficile de les reconnaître au milieu des éléments vasculaires.

II. — NERFS OVARIENS D'ORIGINE HYPOGASTRIQUE

La dualité d'innervation de l'ovaire n'est pas admise par la plupart des anatomistes. Ils pensent que le plexus lombo-ovarien et le plexus hypogastrique ont chacun des territoires indépendants.

Cependant Latarjet et Rochet, puis Bourguet, et enfin Cordier, ont constaté l'existence d'anastomoses entre le plexus lombo-ovarien et le plexus hypogastrique.

Nous avons vu, dans le paragraphe précédent, que du plexus lombo-ovarien se détachaient des filets pour les cornes utérines. D'autre part, les nerfs de l'utérus ont des filets à destination ovarienne. D'autres anastomoses unissent encore les deux systèmes.

Nous rappelerons brièvement l'anatomie du *plexus hypogastrique*, puis celle des *nerfs de l'utérus ;* nous verrons enfin les *trois groupes d'anastomoses* existant entre les plexus lombo-ovarien et hypogastrique.

1. — **Le plexus hypogastrique** ou ganglion hypogastrique (ganglion de Frankenhauser et Lee) appelé par Delmas et Laux, *plexus ganglionné pelvipérinéal*, a été très bien décrit par Latarjet et Rochet. C'est une lame nerveuse irrégulièrement fenêtrée, grossièrement quadrilatère, aux bords irréguliers et prolongés par des rameaux nombreux et serrés.

Ce plexus possède des branches afférentes et des branches efférentes.

Parmi les *branches afférentes*, les unes viennent du plexus lombo-aortique, ce sont les nerfs *splanchniques pelviens* (Delmas et Laux) mieux connus sous le nom de *nerfs présacrés* (Latarjet et Rochet).

Le plexus hypogastrique reçoit, à côté des nerfs splanchniques pelviens, les nerfs érecteurs ou *splanchniques sacrés*, nés de la chaîne parasympathique sacrée.

Les *branches efférentes* du plexus hypogastrique se distribuent aux vaisseaux et aux viscères pelviens. On peut y isoler deux courants nerveux :

— l'un supérieur, purement pelvien

— l'autre inférieur, périnéal (Delmas et Laux).

2. — **Les nerfs de l'utérus** viennent de la partie supérieure du plexus hypogastrique. Latarjet et Rochet les divisent en deux groupes :

— *un groupe principal* qui aborde la face postérieure et la face latérale au niveau de l'isthme ;

— *un groupe secondaire* constitué par le nerf latéral de l'utérus.

Le groupe principal se détache de la corne antérieure et du bord antérieur du plexus hypogastrique et constitue les nerfs *cervico-isthmiques* qui atteignent la portion sus-vaginale du col et l'isthme utérin.

Le groupe secondaire est constitué par les nerfs du corps utérin : ces nerfs s'accolent au bord externe de l'artère utérine et remontent ainsi jusqu'au corps.

Il existe, en outre, une branche nerveuse indépendante, le *nerf latéral de l'utérus* (Latarjet). Son origine est variable au niveau du plexus hypogastrique; il peut naître au niveau du plexus vésical. Il s'anastomose parfois avec les autres filets latéro-utérins. Il monte parallèlement au bord externe de l'utérus et reste postérieur par rapport à l'artère. Il donne quelques branches au corps utérin et se termine à la naissance du ligament rond. Latarjet et Rochet, les premiers, signalent à cet endroit un réseau nerveux dont plusieurs branches vont s'anastomoser au niveau de la portion isthmique de la trompe, avec des branches des nerfs tubaires et ovariens.

3. — **Anastomoses unissant les nerfs lombo-ovariens et les nerfs hypogastriques.** D'après Cordier, il existe trois groupes d'anastomoses entre les nerfs ovariens et les nerfs de l'utérus :

a) *Une arcade nerveuse parallèle à la trompe*, comprise dans le mésosalpynx, tendue entre les filets tubaires des nerfs ovariens en dehors, et les filets tubaires de la corne utérine ;

b) *Une branche née directement du ganglion hypogastrique*, montant à travers la partie avasculaire du ligament large, et aboutissant à la trompe.

c) De plus, l'ovaire reçoit un contigent important de fibres végétatives d'origine hypogastrique par le *sympathi-*

que périartériel de l'utérine. Celle-ci peut être considérée, en effet, comme l'artère principale, l'artère nourricière de l'ovaire.

III. — TERMINAISONS DES NERFS OVARIENS

Les nerfs ovariens abordent le hile sur un plan postérieur aux vaisseaux, et leurs trajets ne sont pas parallèles à ces derniers. Les nerfs se divisent alors à la manière d'un tronc d'arbre et s'en vont perpendiculairement à la surface extérieure, rayonner jusqu'à l'éphitélium ovarien.

Arrivées dans la *zone médullaire*, les fibres nerveuses perdent cette direction rayonnée. Elles s'inclinent, se dévient parallèlement à la surface extérieure, et donnent un grand nombre de rameaux.

La grande majorité des filets nerveux rejoint *les vaisseaux*, les entourant de riches réseaux à larges mailles. D'autres vont au *tissu conjonctif* et aux *fibres musculaires lisses*.

Dans la couche corticale, les nerfs sont destinés en partie aux vaisseaux, mais surtout aux *follicules* et à leurs vaisseaux, artères, veines et capillaires, très peu au *tissu conjonctif* et à *l'épithélium superficiel* (Vallet).

L'ovaire possède ainsi un système de fibres nerveuses extrêmement riche :

— *des nerfs moteurs*, vaso-moteurs et lisso-moteurs ;
— *des nerfs sensitifs*, provenant des follicules, de la surface de l'ovaire, de son épithélium et du stroma ovarien.

Ces nerfs sont composés en grande majorité de fibres de *Remak*, dépourvues de myéline. Dans la zone médullaire, on trouve encore quelques fibres à myéline (un sixième des fibres totales) ; dans la zone corticale, il n' y a plus que des fibres nues.

Système ganglionnaire intraovarien. — Il existe dans la zone médullaire et la partie interne de la zone corticale

des éléments cellulaires assimilés à des cellules ganglionnaires. Riese (1891), puis Winterhalter (1896) ont été les premiers à les observer. Ces cellules ont un corps rond ou polygonal, de grandes dimensions, émettant de multiples prolongements : les uns courts ou dendrites, qui peuvent manquer ; les autres longs, ne se différenciant en rien des cylindraxes ordinaires. Elles se disposent pour la plupart le long des artères. Dans la couche interne des vaisseaux, ces cellules se trouvent dans le voisinage des troncs nerveux et leur envoient des filets nerveux. Ceux-ci, en échange, envoient des rameaux vers les cellules ganglionnaires.

La nature sympathique de ces cellules est évidente. Dans leur ensemble, elles forment un ganglion diffus, le *ganglion intraovarien* de Winterhalter.

Louis Berger (1923) décrit également, au niveau du hile de l'ovaire, des organes cellulaires ayant des rapports intimes de continuité ou de contiguité avec les nerfs, ces organes se formant avec prédilection aux endroits où les vaisseaux s'approchent des nerfs. Il a donné à ces amas le nom de *glande sympathicotrope de l'ovaire*.

CONCLUSIONS

1. — Le plexus solaire est l'origine directe et principale des nerfs de l'ovaire, les plexus rénal et intermésentérique n'étant que des relais entre le plexus solaire et le plexus lombo-ovarien.

2. — Il existe des anastomoses entre les nerfs hypogastriques et les nerfs lombo-ovariens ; la plus importante est celle qui unit les filets tubaires des nerfs ovariens aux filets tubaires du nerf latéral de l'utérus

3. — Les nerfs de l'ovaire sont constitués en grande majorité par des fibres amyéliniques. Ils forment à l'intérieur de l'organe un système de fibres nerveuses extrêmement dense, au milieu duquel on peut mettre en évidence des cellules ganglionnaires.

DEDUCTIONS CHIRURGICALES

Ces données anatomiques nous ont paru nécessaires pour éclairer le problème thérapeutique de l'ovarite scléro-kystique. Au point de vue chirurgical, nous retiendrons les faits suivants :

— Les filets nerveux ovariens, en raison de leurs rapports variables avec le pédicule vasculaire, et de leur extrême finesse, sont *très difficiles à repérer ;* par conséquent, *leur section reste toujours incomplète* et constitue une intervention délicate ;

— La majeure partie des filets nerveux cheminant à distance de l'artère ovarienne, *la sympathectomie périartérielle ovarienne ne peut avoir suffisamment d'effet*, puisqu'elle n'intéresse qu'une infime partie des nerfs de la glande ;

— *Les anastomoses* existant entre le plexus hypogastrique et les nerfs lombo-ovariens justifient *les interventions sur le plexus hypogastrique*, en particulier celles qui s'adressent au nerf présacré.

La thérapeutique idéale des névralgies d'origine ovarienne consiste dans l'interruption simultanée de la voie nerveuse lombo-ovarienne et de la voie nerveuse hypogastrique

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DU SYSTEME NERVEUX OVARIEN

La physiologie du système nerveux végétatif de l'ovaire est difficile et assez mal connue. Nous voudrions cependant en aborder quelques aspects en rapport avec notre sujet.

Nous envisagerons d'abord l'étude du système nerveux autonome de l'ovaire, puis celle des grands systèmes régulateurs, et en particulier les fonctions du sympathique ovarien.

SYSTEME NERVEUX AUTONOME INTRAOVARIEN

On sait qu'à la base de tout le système neuro-végétatif, il y a une infinité de petits systèmes périphériques, systèmes interstitiels, appelés aussi appareils locaux ou muraux, qui sont plongés dans l'intimité des tissus et semblent capables, dans une certaine mesure, d'en assurer à eux seuls le fonctionnement autonome.

C'est à ces appareils périphériques qu'aboutissent, sans doute, les voies sympathiques et parasympathiques, et c'est par eux que les actions antagonistes de ces deux grands systèmes régulateurs sont transmises aux tissus.

Ces appareils sont encore très mal connus, et souvent très difficiles à mettre en évidence.

Les *histologistes* ont pu déceler dans l'ovaire, des cellules, du type de la cellule nerveuse interstitielle de Cajal,

possédant de nombreux prolongements fibrillaires, se disposant le long des artères. Ces prolongements fibrillaires s'anastomosent en réseau ,formant une espèce de syncytium. Il faudrait peut-être y voir une sorte de tissu conjonctif différencié, devenu capable, d'excitation et de conduction (Tinel).

Les *physiologistes* admettent que ce système autonome possède des centres, les cellules interstitielles, et des branches afférentes et efférentes. De véritables réflexes locaux peuvent ainsi se produire; réflexes rudimentaires sans doute, mais capables d'assurer dans une certaine mesure, le fonctionnement de la glande même après la section de tous ses nerfs, en particulier le maintien du tonus vasculaire.

Ce système autonome subit l'influence des hormones circulantes, et aussi celles des hormones ovariennes locales, des réactions physico-chimiques du parenchyme ovarien. Suivant que l'excitabilité du système autonome intraovarien a été modifiée dans un sens ou dans l'autre par les actions humorales, les résultats de l'excitation centrale végétative régulatrice deviendront tout à fait différents.

PHYSIOLOGIE DES NERFS OVARIENS

Nous abordons maintenant l'étude de l'innervation extrinsèque, c'est-à-dire l'étude de la physiologie des nerfs ovariens. D'après les classiques, l'orthosympathique et le parasympathique interviendraient tous les deux dans le fonctionnement de l'ovaire. De plus, ils seraient antagonistes, opposés dans toutes leurs actions, « L'interréaction synergique des excitations sympathiques et parasympahtiques garantit la fonction ovarienne normale ». (Kraul).

Le sympathique, système essentiellement moteur, fournirait à l'ovaire :

— des filets vaso-constricteurs ;

— des filets moteurs pour les fibres musculaires lisses du stroma ovarien ;

— des filets sécrétoires.

Le parasympathique fournirait :

— des filets vaso-dilatateurs ;

— des filets moteurs
— des filets secrétoires
} dont l'action s'opposerait à l'action motrice et sécrétoire du sympathique.

L'origine *parasympathique* des *fibres vaso-dilatatrices* est contestée. Certain physiologistes les identifient aux vaso-constricteurs sympathiques, admettant que les filets vaso-constricteurs sympathiques sont susceptibles d'une double activité, constrictive et dilatatrice. Au niveau du pelvis, il n'existe d'ailleurs qu'un nerf vaso-dilatateur vrai, le nerf érecteur d'Eckardt.

Quant à *l'activité sécrétoire* de ces deux systèmes, on en est toujours aux hypothèses. Le sympathique agit sans doute sur les follicules; le parasympathique influencerait la sécrétion du corps jaune. On sait en tous les cas que leur action n'est nullement nécessaire à la formation des deux hormones ovariennes, la secrétion de celle-ci étant commandée par les hormones hypophysaires.

Comme on le voit, l'antagonisme du sympathique et du parasympathique ovarien est tout théorique et relatif.

Actuellement, on tend à réserver au seul sympathique, un rôle presque exclusif dans le fonctionnement de l'ovaire.

Parmi les *fonctions du sympathique*, il en est deux qui nous semblent primordiales au niveau de l'ovaire :

— son *rôle vaso-moteur ;*

— son rôle *dans la genèse et la transmission de la douleur*, c'est-à-dire son rôle de *nerf sensitif*.

1° Rôle vaso-moteur

Par ses fibres vaso-motrices, le sympathique, système essentiellement vasculaire, règle la circulation dans l'ovaire.

Son *rôle vaso-constricteur* est connu depuis longtemps. Les *centres* des fibres sympathiques vaso-constrictives se trouvent dans la colonne intermédio-latérale de la moëlle. Les fibres sortent par les racines antérieures et gagnent, par les

rameaux communicants blancs, les ganglions de la chaîne sympathique ou les ganglions solaires et mésentériques. A partir de ces ganglions, les fibres se jettent directement sur les vaisseaux ovariens et hypogastriques. Ils constituent l'origine des plexus périvasculaires qui vont cheminer avec les artères et les veines.

Par l'intermédiaire de ces filets vaso-constricteurs, le sympathique exerce une action stimulante sur les fibres musculaires lisses des vaisseaux, artères et artérioles, veines et veinules. Cette action semble ne pas atteindre — ou n'atteindre que partiellement — le système capillaire.

L'excitation expérimentale des vaso-constricteurs détermine une contraction artérielle.

De même la *sympathectomie périartérielle* ovarienne, iliaque primitive, ou hypogastrique, ou l'*isophénolisation* de ces artères, se traduit d'abord par une vive contraction de l'artère dénudée ou badigeonnée, et par une vaso-constriction de tout son territoire périphérique, persistant pendant plusieurs heures. Secondairement, il se produit une *vaso-dilatation paralytique*. A cette vaso-dilatation passive, s'associent des réflexes vaso-dilatateurs très intenses répondant à l'irritation des voies sensitives périvasculaires.

Le syndrome de *paralysie sympathique* se traduit donc au point de vue vasculaire par une *vaso-dilation passive et active* portant sur les artères et artérioles, ainsi que sur les veines et veinules. Cette vaso-dilatation se manifeste par une accélération circulatoire, une activité plus grande des échanges, et par la disparition des réflexes vaso-constricteurs artérioliques. Les deux premiers symptômes ne sont pas durables Ils s'atténuent peu à peu, à mesure que se fait la compensation par les appareils locaux. Au contraire, la perte des réflexes vaso-constricteurs persiste aussi longtemps que dure la lésion sympathique elle-même.

Les expériences de Leriche et de ses collaborateurs ont montré, en outre, qu'après les *opérations sympathiques*, il se produit des *variations leucocytaires* dans tous les territoires où se manifestent des modifications vaso-motrices; la vaso-dilatation secondaire produite par la destruction du sympathique s'accompagne d'une hyperleucocytose, du type polynucléaire.

En particulier, après la section du nerf présacré, les examens histologiques de la paroi utérine montrent de façon précoce les signes d'une vaso-dilatation avec hyperleucocytose et polynucléose locale (Leriche et Stricker).

2° Rôle de nerf sensitif

Est-il légitime d'admettre, à côté des fibres centrifuges motrices du sympathique, des fibres sensitives centripètes ? La plupart des physiologistes, avec Langley, considérant le sympathique comme un système purément moteur, contestent l'existence de fibres centripètes. On admet, en général, qu'il existe un système sensitif spécial, annexé au système végétatif ; ce serait vraiment un système sensitif végétatif, quoique de structure identique à celle du système sensitif cérébro-spinal. Il transmettrait aux ganglions rachidiens et à la moëlle les excitations perçues dans les différents territoires innervés par les nerfs végétatifs. C'est à cette voie sensitive qu'il faudrait rappporter les actions réflexes régulatrices du tonus vasculaire, de la contractilité musculaire, et des actions sécrétoires.

Leriche, par contre, et d'autres auteurs avec lui, considèrent actuellement les nerfs sympathiques comme des nerfs mixtes. Ils admettent un arc réflexe sympathique (viscéral ou vasculaire) analogue à l'arc réflexe de la vie de relation. Les ganglions juxtaviscéraux sont considérés comme des centres régionaux. Pour eux, il existe par conséquent une autonomie du système sympathique.

Les fibres sensitives centripètes, fibres viscéro-ganglionnaires, auraient leur centre d'origine, soit dans le ganglion spinal des nerfs rachidiens, soit dans les cellules voisines des noyaux centraux de l'appareil sensitif cérébro-spinal.

C'est à la suite de nombreux travaux, d'expériences et d'opérations sur le sympathique que Leriche est arrivé à ces conclusions. Nous citerons seulement ses *expériences sur le nerf présacré*, déjà anciennes puisqu'elles datent de 1927.

L'excitation du bout central du nerf présacré sectionné, chez la chienne, produit des variations de pression dans la circulation centrale et dans la circulation périphérique, — de

même que l'excitation du tronc intact. L'excitation du bout périphérique, par contre, n'amène aucune modification, ni dans la circulation centrale, ni dans la circulation périphérique. De plus, l'excitation du nerf intact, et celle du bout central sur le nerf sectionné, amènent un grognement de douleur et de l'agitation chez la chienne profondément endormie. Ces expériences ont permis à Leriche et à Stricker d'inférer que le nerf présacré, chez la femme, conduit des excitations centripètes nées dans le petit bassin et dans les viscères pelviens, et sert à la régulation vaso-motrice dans leur domaine.

Aucune expérience semblable n'a été tentée, du moins à notre connaissance, sur *les nerfs lombo-ovariens*. Il est cependant légitime d'admettre qu'ils possèdent aussi des fibres sensitives centripètes, transmettant des excitations qui iront servir à la régulation vaso-motrice et sécrétoire de l'ovaire.

Ceci nous amène au *rôle du sympathique dans la physiologie pathologique de l'ovaire*, et en particulier *dans la genèse et la transmission de la douleur*.

La sensibilité de l'ovaire est normalement latente ; ses excitations ne parviennent pas jusqu'à la conscience. Son rôle se borne donc à la provocation continuelle de réflexes végétatifs qui réalisent la régulation fonctionnelle de l'ovaire. Mais dans certaines conditions, et au-delà d'un certain seuil, cette sensibilité peut devenir consciente et douloureuse. Elle est alors remarquable par la violence et l'étendue des réflexes éveillés, en particulier au niveau du plexus solaire. De plus, elle possède la propriété de se projeter à la paroi abdominale dans une zone métamérique à peu près fixe (point ovarien de Bouilly).

Quelles sont les conditions nécessaires à l'éveil de cette sensibilité douloureuse ?

Différentes hypothèses pathogéniques ont été émises. On a invoqué le rôle de l'inflammation, de la périovarite, et jusqu'à la simple distension du parenchyme ovarien provoquant des douleurs d'une façon toute mécanique. (Cotte et Mlle Pallot.)

Selon Leriche, les troubles vaso-moteurs jouent un grand rôle dans l'exaltation de la sensibilité viscérale et vasculaire. Ils suffiraient même à créer la douleur : « L'appareil

de la douleur entre en action si le milieu intérieur est changé ». C'est l'hypertonie vaso-motrice et plus spécialement l'hypertonie sympathique vaso-constrictive, qui placent les nerfs sensitifs dans les conditions favorables à la souffrance. Ainsi la douleur serait toujours conditionnée par une excitation du sympathique (irritation des nerfs par la sclérose, présence de névromes sympathiques, dont il sera parlé dans le chapitre suivant).

Les résultats de la sympathectomie périartérielle ovarienne et surtout hypogastrique, plus récemment les expériences de blocage anesthésique du sympathique ovarien et pelvien, en sont une preuve. Ces opérations suspendent l'activité tonique vaso-constrictive du sympathique. Elles suppriment ainsi la douleur dans un territoire donné, parce qu'elles interrompent, avec les fibres sensitives, les excitations douloureuses venues de l'ovaire.

Quelles sont les voies suivies par la douleur ?

La douleur née au niveau de l'ovaire, passe par les nerfs sensitifs végétatifs. Deux voies lui sont offertes :

— la voie des nerfs lombo-ovariens

— la voie des nerfs hypogastriques

Les nerfs lombo-ovariens, frêles et presque filiformes, même à leur origine haute, pourraient-ils transmettre ces douleurs parfois si violentes observées au niveau du pelvis ? Il semblerait au premier abord que la douleur doive toujours passer par le plexus hypogastrique. La voie lombo-ovarienne ne servirait alors que de voie réflexe, engendrant la douleur dans les territoires voisins de l'ovaire.

Le nerf présacré est certainement la voie sensitive principale au niveau du pelvis. Cependant les échecs fréquents de la résection de ce nerf prouvent bien que la douleur pelvienne peut suivre encore d'autres voies. En ce qui concerne les douleurs à point de départ ovarien, les nerfs lombo-ovariens jouent un grand rôle dans leur transmission aux centres médullaires.

CONCLUSIONS

Le sympathique joue un rôle primordial dans le fonctionnement de l'ovaire :

— Par ses filets vaso-constricteurs, il maintient le tonus des vaisseaux ovariens.

— L'existence probable de fibres sensitives centripètes lui permet de transmettre aux centres médullaires les excitations normales et pathologiques nées au niveau de l'ovaire.

— Le sympathique joue un grand rôle dans la genèse des douleurs à point de départ ovarien, par l'intermédiaire des troubles vaso-moteurs qu'il déclenche.

— Ces douleurs suivent, soit la voie hypogastrique, en passant principalement par le nerf présacré, soit la voie lombo-ovarienne.

— Notons enfin que le sympathique est associé constamment aux glandes hormonales, et en particulier aux hormones ovariennes Il nous suffira de rappeler que la folliculine possède une certaine action activante sur le sympathique. Le corps jaune, par contre, serait plutôt vagotonisant. Ainsi les actions nerveuses et hormonales dans l'ovaire se conjuguent étroitement.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On trouve une très bonne description, devenue classique, de l'ovarite scléro-kystique, dans le travail de Forgue et Massabuau sur « L'ovaire à petits kystes ». De nombreux travaux histologiques ont été publiés depuis, en particulier la thèse de M^lle^ Pallot.

Au point de vue macroscopique, les ovaires scléro-kystiques, presque toujours bilatéraux, sont en général gros, pouvant atteindre le volume d'un œuf de poule ou même d'une orange. Souvent aussi ils sont à peine augmentés de volume, parfois même atrophiés. Leur surface est irrégulièrement bosselée par des saillies kystiques, séparées par des sillons ou des plaques blanchâtres de tissu scléreux.

A la coupe de l'ovaire, on distingue schématiquement :

— *des kystes* lui donnant un aspect alvéolaire particulier ;

— *des ilôts de sclérose.*

Les formations kystiques et la sclérose se combinent dans des proportions variables suivant les cas. A côté de l'ovaire scléro-microkystique typique, où l'un des deux éléments peut dominer sur l'autre, on voit des formes presque uniquement scléreuses, et surtout des formes kystiques pures : ovaires kystiques œdémateux, et gros ovaires polykystiques. (Forgue et Massabuau.)

1° **Les kystes.** — Ils sont gros comme des pois ou des cerises. A la coupe, il en jaillit un liquide séreux, dans la très grande majorité des cas ; mais quelquefois, c'est du sang, soit frais et rutilant, soit poisseux, couleur chocolat.

Au point de vue histologique, les formations kystiques sont de deux sortes :

— kystes folliculaires ;

— kystes lutéiniques.

Kystes folliculaires. — Il s'agit de follicules de de Graaf, les uns dégénérés et réduits à une simple membrane kystique, les autres hypertrophiés, présentant la même structure qu'un follicule sain arrivé à maturité. L'ovule disparaît dans les kystes volumineux, et on le retrouve toujours altéré dans les petits kystes, au milieu du cumulus proligère. Le liquide de ces kystes est habituellement incolore et clair. Ce sont des kystes séreux contenant de la folliculine.

Kystes lutéiniques. — Ils sont moins nombreux que les précédents et sont développés au dépens des corps jaunes. Ils présentent une assise de cellules lutéiniques bordant une cavité remplie de cellules.

Forgue et Massabuau insistent sur une hyperproduction des cellules lutéiniques fréquente dans ces kystes. Le liquide qu'on y trouve est tantôt épais, jaunâtre, tantôt hémorragique. On peut y déceler de la lutéine.

Souvent l'histologie ne permet pas la distinction entre les kystes du corps jaune et les kystes folliculaires, et c'est seulement par la présence de folliculine ou de lutéine dans un kyste qu'on peut dire qu'il est folliculaire ou lutéinique. Le test physiologique doit se substituer à l'histologie pour le diagnostic entre les deux variétés de kystes. (Lecène et Moulonguet.)

Il faut, en passant, dire un mot sur les *kystes hémorragiques*. Ils sont assez rares mais peuvent devenir très gros et en imposer pour un kyste néoplasique ou wolffien. Ces épanchements sanguins se forment la plupart du temps au niveau des kystes lutéiniques, mais parfois aussi au niveau des kystes folliculaires. Ce sont alors des kystes « ménorragiques » par hémorragie mentruelle (J. Boeckel). Parfois, il s'agit d'hémorragies se faisant au niveau des formations kystiques du stroma.

Quelquefois, ces kystes hémorragiques se rompent et produisent de petites inondations qui aboutissent à l'hématocèle.

2° **La sclérose.** — Les microkystes folliculaires et

les microkystes lutéiniques ne sont, au fond, que des stades évolutifs d'un même processus de dégénérescence. Au bout de l'évolution, on trouve le microkyste conjonctif. « L'ap- » parition dans l'ovaire d'un tissu de sclérose est liée à l'évo- » lution même des follicules. Ceci explique que cette sclérose » procède par foyers, d'abord localisés, puis étendus à tout » l'ovaire. » (Cotte et Mlle Pallot.)

En effet, la sclérose est périphérique et hilaire. Elle envahit d'abord la zone médullaire, gagnant non seulement le stroma conjonctif, mais encore les vaisseaux : lésions de périartérite et de périphlébite, lésions de sténose fibreuse des artérioles et des veinules. Elle envahit aussi la zone corticale, étouffant peu à peu les follicules de de Graaf. Un certain nombre de ces follicules sont réduits à l'état de petits nodules indurés qui ont perdu à peu près complètement leur structure histologique.

La pathogénie de ce processus de sclérose n'est pas encore bien établie. S'agit-il de lésions infectieuses, inflammatoires, ou de lésions dégénératives ?

Plusieurs auteurs signalent une infiltration très marquée du tissu conjonctif par des éléments embryonnaires ; ils décèlent une réaction plasmocytaire, signe d'inflammation vraie.

D'autres auteurs insistent, au contraire, sur le caractère dégénératif de la formule histologique avec absence d'éléments embryonnaires et de polynucléaires.

La distinction est souvent difficile à établir entre l'hyperplasie cellulaire quasi normale et l'hyperplasie inflammatoire.

3° **Lésion des nerfs.** — Une dernière catégorie de lésions nous semble avoir une importance assez grande dans la pathologie des troubles de l'ovarite scléro-kystique, des douleurs en particulier : ce sont les *lésions des nerfs de l'ovaire*, les lésions du sympathique ovarien.

G. Roux, de Montpellier, dans une communication à l'Académie de Médecine, le 16 mars 1926, décrit des *lésions des nerfs du pédicule ovarien*. Il signale des formations nerveuses anormales, véritables névromes, situés à proximité du parenchyme ovarien, et très volumineux. Leur présence serait constante lorsqu'il y a des troubles sympathiques marqués.

Les lésions des *nerfs intraovariens* ont été bien décrites par Lhermitte et Dupont. « Au niveau du hile, mais surtout dans le stroma ovarien, nous avons constaté l'existence d'une sclérose péri et interfasciculaire, l'éparpillement des nerfs amyéliniques au sein du stroma, leur morcellement, leurs irrégularités très accusées. Bien des fibres fines se renflent en soufflures fenêtrées et en grains de chapelet ; certaines se glissent, tortueuses, entre les cellules conjonctives et paraissent absolument dépouillées de leur enveloppe de Schwann. Enfin, certains ramuscules nerveux se montrent à l'extrémité de leur trajet hérissés de fines fibres orientées en tous sens et rappelant l'image de cheveux embroussaillés. Il y a là un aspect qui ressemble étrangement aux névromes de cicatrice. »

Mentionnons enfin les *lésions concomittantes*

— *lésions de périovarite*, parfois très intenses, donnant des adhérences qui peuvent être le point de départ de douleurs ;

— *lésions de l'utérus*, qui est parfois hypertrophié et sclérosé, souvent en rétroversion (d'après Dupont, la rétroversion utérine serait secondaire à la chute de l'ovaire dans le Douglas).

CONCLUSIONS

De ce bref aperçu anatomo-pathologique, retenons que l'ovarite scléro-kystique est un processus hyperplasique et dégénératif n'ayant rien de tumoral, ne présentant pas, en particulier, les caractères d'infiltration progressive et anarchique des tumeurs malignes. Et cependant, nous verrons au chapitre clinique que sa symptomatologie est parfois bruyante et que l'élément douleur y prédomine. Si dans cette affection (comme dans d'autres syndromes douloureux chroniques) la lésion anatomique est peu de chose en elle-même, et tout à fait disproportionnée aux plaintes des malades, il en faut bien trouver l'explication dans une participation intense des éléments nerveux sensibles, c'est-à-dire du sympathique ovarien. Dans bien des cas, cette participation est démontrée histologiquement par l'existence des névromes de Roux et de Lhermitte ; et à défaut de névrome, la sclérose peut, à elle seule, irriter les filets sympathiques.

CHAPITRE IV

APERÇU CLINIQUE

A première vue on pourrait être étonné de la variété des symptômes de l'ovarite scléro-kystique, variété qui contraste avec le caractère local de l'affection. Cependant, en considérant la richesse de l'innervation, et aussi le fait qu'il s'agit d'une importante glande endocrine, on comprend vite que l'ovarite scléro-kystique puisse se présenter comme une affection à la fois locale et générale.

Les lésions de l'ovaire se traduisent en effet par un dérèglement hormonal et végétatif considérable, quoique variable d'une malade à l'autre. On peut constater :

1°) *Des troubles de la sécrétion endocrine.* Le plus souvent, la folliculine est sécrétée en quantité exagérée, tandis qu'il y a carence en lutéine ; plus rarement, c'est l'inverse. Il peut y avoir aussi une augmentation ou une diminution parallèle des deux hormones.

2°) *Une dystonie neuro-végétative* avec l'un ou l'autre de ses deux aspects schématiques : hypersympathicotonie ou hypervagotonie; le plus souvent, il s'agit d'une hyperamphotonie à prédominance sympathique.

Cliniquement, il s'agit soit de jeunes filles au voisinage de la puberté, soit de femmes en pleine période d'activité sexuelle, et dont l'appareil génital est parfois infecté, soit même de femmes au voisinage de la ménopause.

Quel que soit l'âge ou les antécédents, les plaintes de nos malades peuvent se ranger sous trois rubriques :

1°) — Les douleurs.

2°) — Les troubles de la menstruation, auxquels on peut ajouter les troubles du sens génital.

3°) — Les troubles généraux réflexes.

1° LES DOULEURS

Elles sont le plus souvent *périodiques*, rythmées par le cycle menstruel. Elles peuvent survenir *avant*, *pendant* ou *après* les règles, et même parfois au milieu de la période intermenstruelle ; pratiquement, le deux premières éventualités sont les plus fréquentes.

a) *Les douleurs prémenstruelles* — douleurs caractéristiques de l'ovarite scléro-kystique — débutent de deux à dix jours avant l'écoulement sanguin et cessent lorsqu'il apparaît. Elles vont de la simple pesanteur douloureuse pelvienne jusqu'aux douleurs aiguës avec crises paroxystiques, s'étendant à tout l'abdomen ; la malade peut même présenter un ensemble de symptômes faisant penser à une réaction péritonéale : hyperesthésie cutanée, défense, immobilité du ventre, nausées, vomissements.

Ces douleurs prémenstruelles sont dues très probablement à la congestion de l'ovaire ; dans les cas graves, il y aurait congestion pelvienne généralisée (hypersécrétion de lutéine)

b) *Les douleurs menstruelles* — « dysménorrhée » ou « règles douloureuses » — ont le caractère très spécial des coliques utérines : il s'agit de contractions extrêmement pénibles, séparées par des intervalles de quelques minutes, dont l'intensité va croisssant jusqu'à un acmé, puis diminue. La durée totale de la crise douloureuse est variable avec les femmes et les mois, allant de quelques heures à plusieurs jours. Le plus souvent, cette crise se déclare au début de l'écoulement sanguin, ou pendant les heures qui le précèdent, et se calme ensuite. Elle peut cependant persister pendant toute la durée des règles.

Les contractions sont dues à l'abondance de l'écoulement sanguin : les caillots s'accumulant dans la cavité de l'organe, obligent celui-ci à se contracter pour les expulser.

La métrite exfoliante donnant lieu au syndrôme de la *dysménorrhée membraneuse*, est bien plus rarement en cause. Elle est également due au mauvais fonctionnement de l'ovaire.

c) *Les douleurs post-menstruelles* n'ont ni l'acuité, ni la durée des douleurs précédentes. Elles sont très rares. Nous ne les avons jamais notées au cours de nos observations. Elles

sont presque toujours causées par une poussée inflammatoire de salpingite associée, et ne s'observent pas dans les ovarites scléro-kystiques pures.

d) Un type intéressant de douleur intermittente est représenté par la *douleur intermenstruelle*. Elle apparaît vers le milieu de l'espace intermenstruel et s'accompagne assez souvent d'un écoulement leucorrhéique et même de pertes de sang d'abondance variable. Cette crise intermenstruelle est loin d'être constante ; on la rattache aujourd'hui à une ovulation anormalement douloureuse.

Les douleurs périodiques, quelle que soit leur nature, sont en général plus marquées un mois sur deux.

Douleurs non périodiques

Les phénomènes douloureux de l'ovarite scléro-kystique peuvent être, dans certains cas, beaucoup plus tenaces et persistants. Certaines malades souffrent d'une façon continue et prolongée de maux de reins ou de douleurs pelviennes. En général, ces douleurs se calment par le repos et s'aggravent par la fatigue. Elles présentent, à certains moments, des crises d'exacerbation qui font croire à une poussée d'appendicite aiguë, de salpingite, ou même à un syndrôme de pelvi-péritonite aiguë. Les causes qui les provoquent sont le plus souvent minimes ; dans certains cas, la miction et la défécation deviennent très pénibles, les rapports sexuels impossibles.

Siège des douleurs. — Nous avons vu que les douleurs, périodiques ou non périodiques, étaient souvent généralisées à toute la région pelvienne. Elles peuvent aussi être bien localisées. On décrit un point ovarien, le « point ovarien de Bouilly », situé à l'intersection d'une ligne allant de l'E. I. A. S. à la symphyse pubienne, et d'une ligne unissant l'ombilic à l'éminence ilio-pectinée.

Classiquement, la douleur serait prépondérante à gauche, mais en général, elle est bilatérale. Lorsqu'elle siège uniquement à droite, la confusion avec l'appendicite est fréquente.

Il faut insister ici sur un caractère bien spécial aux douleurs de l'ovarite scléro-kystique : *leurs irradiations*, dues à l'importance des anastomoses des nerfs de l'ovaire avec les territoires voisins.

Elles se font à l'aîne, à la face interne des cuisses, à la région fessière, ou vers le coccyx et la région anale, ou encore à la vessie. On observe souvent des douleurs lombaires, des plexalgies mésentériques (douleurs le long du colon sigmoïde) parfois des douleurs épigastriques extrêmement violentes, accompagnées de troubles réflexes prononcés : véritable syndrôme solaire, qui s'explique bien par les relations des nerfs de l'ovaire avec ce plexus.

Ces douleurs sont-elles dues uniquement à l'irritation, au dérèglement du sympathique ovarien, ou bien les troubles hormonaux jouent-ils également un rôle dans leur genèse ? Nous sommes ici dans le domaine de l'hypothèse ; mais il est infiniment probable que les hormones ovariennes et le sympathique conjuguent leur action.

2° TROUBLES DE LA MENSTRUATION

Nous avons vu que les règles étaient douloureuses dans la majorité des cas. De plus, elles sont irrégulières et leur rythme peut être accéléré (*polyménorrhée*). Le plus souvent, on observe des *ménorragies* ; les règles sont très abondantes et se prolongent d'une façon anormale. Les *métrorragies* vraies sont beaucoup plus rares. A peine peut-on déceler, pendant la période intermenstruelle, de faibles pertes rosées discontinues. Parfois, on peut voir survenir une aménorrhée passagère.

A côté des troubles de la menstruation, on peut noter parfois des *troubles du sens génital* plus difficiles à mettre en évidence : *frigidité*, *nymphomanie*, ou, inversement, une *hyperexcitabilité génitale*.

Tous ces troubles sont rattachés actuellement à un dysfonctionnement endocrinien.

Les ménorragies, la frigidité, font partie du syndrôme d'hyperfolliculinémie. La carence en lutéine se traduirait au contraire par la stérilité, les avortements répétés. La stérilité ne s'observe d'ailleurs qu'à un stade assez avancé de l'affection. Dans la phase initiale de l'ovarite, la maturation accélérée des ovules n'empêche pas la grossesse. Plus tard, les follicules n'aboutissent pas à la rupture, et les kystes détruisent progressivement le tissu ovarien.

3° PHENOMENES GENERAUX REFLEXES

Les troubles réflexes à point de départ ovarien sont extrêmement fréquents. Ils peuvent même, lorsqu'ils prennent une certaine importance, dominer le tableau clinique : certaines femmes se présentent d'abord comme des dyspeptiques ou des nerveuses.

Les troubles digestifs (en plus des douleurs par irradiations déjà signalées) sont presque la règle. La constipation, très fréquente, est le plus souvent réflexe, d'ordre spasmodique. Dans certains cas, on peut observer de l'entérocolite et nous avons dit que la co-existence de l'appendicite est fréquente : nous l'avons constatée dans un tiers des cas. Il y a presque toujours des troubles gastriques : dyspepsie neuro-motrice avec nausées, vomissement passagers, flatulences, dilatation de l'estomac, modifications de la sécrétion gastrique.

Au niveau de l'*appareil circulatoire*, on peut voir survenir des crises de palpitations ou d'étouffement, une sensation de gêne précordiale, etc...

Nous avons déjà parlé des *névralgies* lombo-abdominales, sciatiques, etc... On note, en outre, des névralgies à siège éloigné : intercostal, facial, des migraines, des céphalées banales.

La persistance des douleurs peut affecter *l'état général.* Beaucoup de ces malades sont fatiguées, abattues. Leur *psychisme* se modifie : elles deviennent « nerveuses », instables, irritables, ou bien elles versent dans la tristesse, les obsessions, les phobies, la neurasthénie avec idées de suicide, voire certaines psychoses chez les prédisposées.

On reconnaît dans ces symptômes le tableau *d'un déséquilibre neuro-végétatif profond :* hypertonie globale à prédominance sympathique.

SIGNES PHYSIQUES

Nous ne nous étendrons pas sur les *signes physiques.* L'examen gynécologique révèle une hyper-sensibilité plus ou moins vive dans l'un et le plus souvent les deux culs-de-sac latéraux. Les trompes sont normales dans la majorité des cas. Lorsque les ovaires sont en place, on les trouve augmentés de volume, durs, bosselés. Dans d'autres cas, on sent le cul-de-sac de Douglas comblé par une masse irrégulière constituée

par les annexes prolabées. Il est parfois difficile de percevoir l'ovaire par le toucher vaginal : on peut alors essayer de l'atteindre par le toucher rectal. L'utérus est de volume normal, mais souvent en rétroposition et en rétroflexion.

Le toucher peut déceler des lésions associées : une salpingite subaigue ou chronique, une mérite, souvent un fibrome de l'utérus.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'ovarite scléro-kystique est souvent délicat. Il se base avant tout : sur *la dysménorrhée* - - douleurs prémenstruelles en général très vives, avec irradiations suivies d'un écoulement sanguin trop abondant — et sur le *déséquilibre neuro-végétatif*.

Il peut être facile, lorsqu'on voit surgir les signes énumérés chez des femmes jeunes, indemnes de toute lésion génitale. Le problème se complique lorsqu'il existe des *lésions associées*. Chez les femmes ayant des antécédents puerpéraux ou gonococciques, on pensera d'abord à une salpingite, à des séquelles de paramétrite, etc... Il faut plus spécialement éliminer *toutes les affections génitales dont la douleur est le symptôme dominant*. Dans le cas *des métrites*, gonococciques et autres, *des utérus puerpéraux infectés*, les antécédents sont typiques ; de plus, le toucher vaginal renseigne sur les modification de forme et de consistance de l'utérus. Les *salpingites* et *annexites infectieuses banales* peuvent embarrasser davantage : les douleurs ont parfois les mêmes caractères, mais elles provoquent moins de phénomènes réflexes à distance. L'état fébrile des malades et leurs antécédents permettent de préciser la nature de l'affection, laquelle peut d'ailleurs coexister avec une ovarite scléro-kystique.

Le diagnostic différentiel le plus difficile se pose avec les névralgies pelviennes, symptomatiques d'affections génitales diverses : séquelles de pelvi-péritonite, douglassites, varicocèle tubo-ovarien. Ces névralgies ont bien des points communs avec celles de l'ovarite scléro-kystique. Il faut chercher à mettre en évidence, par un examen minutieux, la lésion organique qui est en cause. Notons aussi la *névralgie du nerf honteux interne*, avec ses deux points particulièrement sensibles : le point obturateur et le point ischio-pubien.

Si les *troubles des règles dominent*, le diagnostic se pose avec toutes les affections susceptibles de provoquer de la dys-

ménorrhée, en particulier des *ménorragies*. S'agit-il d'un trouble à mettre au compte d'une *affection générale :* anémie, hémogénie, syndrôme d'hyperfonctionnement ovarien simple ? Ou bien y a-t-il une *lésion de l'utérus :* par exemple un fibrome, surtout un fibrome sous-muqueux ne s'accompagnant pas d'augmentation de volume de l'organe ? Il faut penser aussi à la dysménorrhée par *utérus infantile douloureux* (*par défaut de capacité*) et surtout à la dysménorrhée par *vice de position utérine* (rétroversion), ou par *sténose cervicale* métritique, tumorale, ou thérapeutique.

Enfin, si on perçoit un *gros ovaire*, on peut se demander s'il s'agit d'une dégénérescence kystique ou d'une véritable tumeur. Seuls des examens répétés, à des périodes différentes du cycle menstruel, permettront de trancher la question.

En pratique, le diagnostic le plus fréquent, à notre avis, se pose avec l'*appendicite chronique*. Dans beaucoup de nos observations, les malades étaient adressées au chirurgien avec le diagnostic d'appendicite. A l'intervention, l'appendice était sain dans la majorité des cas. Toutefois, on trouve assez souvent les deux lésions associées. On comprend qu'il soit alors difficile de faire la part de ce qui revient à l'ovarite et de ce qui revient à l'appendicite; les douleurs appendiculaires augmentent en général dans la période menstruelle, ce qui contribue encore à égarer le diagnostic.

Pour éclairer ce dernier, la percussion des épines iliaques antéro-supérieures doit être pratiquée.

Comme l'a montré notre maître le Professeur Dionis du Séjour en 1911, cette percussion dans le cas d'ovaires scléro-kystiques doit rester sonore; s'il existe des phénomènes inflammatoires (appendicite aigue ou subaigue) modifiant la constitution de la fosse iliaque, on doit au contraire rencontrer de la matité.

CONCLUSIONS

En résumé, l'ovarite scléro-kystique est une affection essentiellement chronique, assez bénigne en elle-même — fonction de reproduction mise à part — Ce qui la rend redoutable c'est l'intensité des phénomènes douloureux, et leur retentissement sur le psychisme et l'activité des malades. L'ovarite scléro-kystique, a-t-on pu dire, ne menace jamais la vie, mais elle l'empoisonne souvent.

CHAPITRE V

DES DIVERSES METHODES PROPOSEES POUR LE TRAITEMENT DE L'OVARITE-SCLERO-KYSTIQUE

Nous allons donner ici un aperçu des méthodes médicales et chirurgicales proposées jusqu'à présent pour le traitement de l'ovarite scléro-kystique, avec l'indication des résultats obtenus.

I. — TRAITEMENT MEDICAL

Il est parfois purement symptomatique, visant à calmer la douleur et l'excitabilité du système nerveux. Presque toujours on cherche à pallier au dérèglement hormonal par l'opothérapie. Cette méthode aboutit souvent à des résultats médiocres ; cela n'a rien d'étonnant, vu la grande complexité du trouble hormonal.

Même si l'on ne parle pas de dysfonctionnement endocrinien, (c'est-à-dire de la production d'une substance différente de l'hormone normale), en supposant simplement que les principes endocriniens ne pèchent que par excès ou par défaut, le problème est loin d'être résolu. Il ne suffit pas, en effet, de constater un syndrome d'hyper ou d'hypofolliculinémie, d'hyper ou d'hypolutéinémie. Tant qu'il ne sera pas possible de doser dans le sang le taux de la folliculine ou de la lutéine avec la même facilité ou la même exactitude que l'on dose le sucre ou l'urée ; en un mot, tant que l'on ne saura pas faire une mesure quantitative des troubles endocriniens, le

traitement hormonal ne pourra être qu'hasardeux et aléatoire.

En fait, les méthodes biologiques actuellement proposées pour la recherche des hormones ovariennes (recherche appliquée sur l'urine), sont entachées de grosses erreurs, et le dosage colorimétrique est impossible, car il n'est ni sensible, ni spécifique (Netter).

La biopsie cytohormonale de l'endomètre permet de dépister l'hyper ou l'hypofolliculinémie, mais à condition qu'elle soit intense. Ces divers procédés ne peuvent pas nous donner des chiffres, même approximatifs.

Supposons que ces chiffres puissent être obtenus, un autre problème se pose encore : doit-on remédier à l'insuffisance de l'une ou l'autre des hormones par leur prescription opothérapique, c'est-à-dire par la méthode substitutive, ou doit-on adopter la médication stimulatrice, c'est-à-dire prescrire l'un ou l'autre des extraits hypophysaires (prolan A pour la folliculine, prolan B pour la lutéine) ?

En pratique, les résultats obtenus ont été pour le moins inconstants. Signalons cependant, les résultats satisfaisants obtenus par Papillon dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique par la testostérone (l'action empêchante de la testostérone sur la folliculine est souvent supérieure à celle de la progestérone).

Au total, le traitement médical mérite d'être essayé en premier lieu ; il peut d'ailleurs compléter dans bien des cas les effets de l'intervention.

II. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

La castration a été la première opération envisagée. Elle semble logique, et on y a recours aujourd'hui encore dans les cas de dégénérescence totale de l'organe. Cependant les castrations pratiquées en série à la fin du siècle dernier soulevèrent des protestations. Doléris et d'autres s'élevèrent avec vigueur contre ces opérations mutilantes, ovariectomies et même hystérectomies. On constata aussi que la castration ne faisait pas toujours disparaître les douleurs. C'est ainsi qu'on en vint aux opérations conservatrices (ou partiellement conservatrices), opérations dont l'avantage est de ménager l'ovulation.

Nous allons passer ces opérations en revue en les classant en trois groupes :

1) Ignipuncture de l'ovaire ;
2) Résections ovariennes partielles ;
3) Interventions sur le sympathique.

1° Ignipuncture ovarienne

Ce mode de traitement a été et est encore fort discuté. Pozzi en fut en France l'ardent propagateur. Il commença à l'employer en 1892, et quelques années plus tard, il publiait un certain nombre de résultats très encourageants. Pour lui, cette méthode ne vise pas seulement à détruire les kystes, mais à modifier le stroma ovarien, à agir sur la sclérose. « Le fer rouge agit, selon le mot des Anciens, à la manière d'un énergique fondant, dans les inflammations chroniques de l'ovaire, comme dans celles de tous les autres tissus. — Les faits acquis par l'observation clinique tendent à faire supposer que l'irritation substitutive produite par le fer rouge au sein des tissus déjà atteints de sclérose, favorise leur résorption »

Cette méthode ne donna pas à Pozzi les résultats escomptés. Plus tard il la rejeta à cause des lésions destructives sclérosantes qu'elle entraînait et ne pratiqua plus que des résections. « Si la lésion kystique est circonscrite, il vaut mieux l'enlever par résection, et si elle a envahi tout l'organe, l'ignipuncture est impuissante à y porter remède ».

Cependant, Walther en demeure le ferme partisan dans les ovaires scléro-microkystiques. L'ignipuncture lui paraît alors « plus facile et aussi sûre que la résection ».

Technique

Elle est simple. A l'aide de la pointe fine du thermo-cautère, on détruit les kystes faisant saillie à la surface de l'ovaire; puis on introduit le thermo-cautère par ponction au niveau d'un des pôles et on l'enfonce successivement dans toutes les parties altérées de l'ovaire. Walther fait suivre l'ignipuncture de la mise en place d'un surjet de catgut enserrant l'ovaire et effaçant les cavités résultant de la thermo-cautérisation, de façon à éviter la formation d'un épanchement dans ces cavités.

De Rouville a recours à « l'ovariotomie exploratrice » : « L'ovaire est incisé d'un pôle à l'autre jusqu'au hile, les deux valves de l'ovaire bien étalées découvrent les lésions; tous les kystes sont cautérisés à la fine lame du thermo; un surjet de catgut est enroulé à la Walther, à la périphérie de l'ovaire, dont il enserre toute la masse ».

Résultats

L'ignipuncture a l'avantage de ne pas modifier l'ensemble de la fonction ovarienne. A ce point de vue, elle marque un progrès sur la castration. Par contre, si la grossesse reste possible, les femmes continuent assez souvent à souffrir après l'intervention. On peut relever un nombre important d'insuccès dans les observations d'ovarite scléro-kystique traitée par ignipuncture. Elle détruit les kystes et agit sans doute sur la sclérose, mais elle ne semble pas toujours agir sur l'élément douleur et c'est là son point faible. De plus, elle ne s'adresse pas à la cause génératrice de la sclérose et des kystes. Bien souvent, au cours de réinterventions nécessitées par les douleurs, l'ovaire traité par ignipuncture apparaît à nouveau gros et kystique.

2° Résection ovarienne ou résection partielle de l'ovaire

La résection partielle fut d'abord effectuée pour des kystes de l'ovaire, lorsque des adhérences empêchaient l'ovariotomie complète. Schroeder la pratiqua pour la première fois pour un kyste dermoïde de l'ovaire, mais elle fut vulgarisée par Martin. En France, Pozzi, Walther, de Rouville, Mocquot et d'autres, l'ont pratiquée avec de bons résultats. Walther la rejette cependant dans l'ovarite microkystique.

Il y a deux sortes de résections :

— la résection partielle ou cunéiforme ;

— la résection subtotale ou opération de Walther

La résection cunéiforme fut longtemps considérée comme l'opération de choix. En cas de lésions limitées, on enlève la partie altérée; si les lésions sont plus diffuses, on enlève

le plus gros, mais en laissant une portion d'ovaire nécessaire pour conserver sa fonction (Cotte y a ajouté la greffe épiploïque sur la tranche ovarienne).

Actuellement on pratique plutôt la *résection subtotale*. C'est l'opération de choix pour les gros ovaires complètement dégénérés, à masses kystiques volumineuses.

Technique

L'ovaire est incisé latéralement sur chacune de ses faces, d'un pôle à l'autre, en se tenant à environ 5 millimètres du bord adhérent. La résection doit être oblique, pour éviter la partie de l'ovaire qui sera conservée, et faciliter les manœuvres d'affrontement

Selon la *technique de Walther*, l'ovaire est réséqué presque complètement ; ses deux plans de section se rejoignent au milieu du lit de l'ovaire « formant un angle dièdre dont l'arête correspond au grand axe de l'ovaire ». — « La région qui se trouve près du méso est presque toujours dénuée de kystes ; si l'on aperçoit une petite lésion, elle est grattée avec une fine curette. — L'hémostase est le temps délicat de cette intervention. — « Dans la résection cunéiforme, le surjet, fait en plein tissu ovarien, est difficile. La résection subtotale au contraire, fait porter le surjet près du méso dans un tissu solide ne se coupant pas ». — Walther fait un surjet d'affrontement, puis un deuxième surjet encerclant l'ovaire et assurant l'hémostase.

Résultats

La résection est une opération bénigne, d'exécution facile. D'après les auteurs qui l'ont pratiquée, elle donnerait de bons résultats éloignés, entraînant la disparition, ou une très notable diminution des douleurs. Enfin, si faible soit la quantité de tissu ovarien conservé, la grossesse reste possible. Walther réunit, dans sa statistique, l'ignipuncture et la résection, estimant que les deux méthodes donnent des résultats parallèles.

On peut cependant faire des objections à la résection ovarienne. De même que l'ignipuncture, elle ne s'adresse pas à la cause de la dégénérescence scléro-kystique. La récidive

peut se produire. Elle serait fatale selon certains auteurs. (Franck). Mac Glinn estime que la résection ne fait qu'ajouter aux lésions de l'ovaire.

Signalons à côté de la résection et de l'ignipuncture, une méthode de traitement indirecte il est vrai : *l'hystéropexie* et *l'ovariopexie*.

Ces interventions sont basées sur une certaine conception pathogénique de la dégénérescence scléro-kystique. Celle-ci serait due à l'hyperémie veineuse de l'ovaire par déplacement en bas et en arrière de cet organe, avec déplacement en arrière simultané de l'utérus (de Rouville et Mocquot).

3° INTERVENTIONS SUR LE SYMPATHIQUE

Les premières interventions sur le sympathique pelvien datent d'une époque déjà lointaine, puisqu'elles furent inaugurées dès 1898 par Jaboulay et par Ruggi. Jaboulay ayant émis l'hypothèse que certaines névralgies pelviennes de la femme sont sous la dépendance d'un trouble de fonctionnement du sympathique et non d'une lésion de l'appareil utéro-annexiel, eut l'idée de les traiter par la paralysie du sympathique sacré.

Il pratiqua d'abord la section de la chaîne sympathique sacrée gauche, et sa résection à droite, puis le décollement du rectum. Sa méthode serait probablement entrée bien davantage dans la pratique chirurgicale, s'il n'avait substitué plus tard à ces interventions sanglantes les injections d'air ou de sérum artificiel dans l'espace rétro-rectal, injections dont l'efficacité est certainement beaucoup moins constante.

Jaboulay insistait sur le fait que l'action doit se porter non sur le système myélinique (nerf honteux interne), mais sur le système nerveux végétatif (sympathique sacré), qu'il considère à la fois comme sensitif et moteur, et qui commande en grande partie les fonctions génitales.

Ruggi eut, le premier, l'idée des sympathectomies viscérales. En 1899, il sectionna le ligament lombo-ovarien, en vue d'intercepter le plexus nerveux utéro-ovarien.

Cependant, ces tentatives restèrent sans lendemain, jusqu'au jour où Leriche inaugura de nouvelles méthodes dans la chirurgie du sympathique pelvien. A partir de 1917, il pratiqua souvent la sympathectomie périartérielle sur l'hypogastrique, l'iliaque primitive ou l'ovarienne, pour des douleurs pelviennes ou des affections gynécologiques diverses, et obtint de bons résultats.

Dès lors, la voie est ouverte. Hallopeau, en 1922, publie l'observation d'une névralgie génitale grave, guérie par la dénudation de l'artère hypogastrique, avec section du plexus hypogastrique. Rochet et Latarjet, en 1922 également, pratiquent l'extirpation du ganglion hypogastrique de Frankenhauser.

Julio et Diaz, en 1924, résèquent la chaîne ganglionnaire sympathique lombo-sacrée.

Mais c'est avec Cotte que la chirurgie des douleurs pelviennes de la femme prend toute son ampleur. Après avoir pratiqué des sympathectomies hypogastriques, il eut l'idée, en 1925, de sectionner la branche afférente principale du ganglion hypogastrique, le nerf présacré, opération bien moins délicate que la sympathectomie. La section du présacré est encore pratiquée aujourd'hui par beaucoup de chirurgiens.

D'autre part, Bittmann, en 1925 également, pratiqua la section des cordons latéraux du sympathique et du ganglion mésentérique inférieur. En 1926, Gaja fait la section ou résection des rami communicantes lombaires. Daniel et Craceasnu, à la même époque, proposent d'associer la sympathectomie périartérielle hypogastrique à la résection du nerf présacré et à la résection bilatérale du sympathique sacré.

Violet, au V[e] Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, rapporte les succès que lui ont donné l'élongation des nerfs hypogastriques à la base des ligaments larges et sur les côtés du rectum.

Lhermitte et Dupont, ayant constaté des lésions des nerfs au niveau du hile, et surtout dans le stroma d'ovaires atteints de dégénérescence scléro-kystique, exécutent en 1927, l'énervation de l'ovaire au niveau du hile.

Condamin pratique la section des ligaments utérosacrés en vue de supprimer le filets nerveux dépendant du plexus hypogastrique, qui traversent ce ligament.

En 1930, Castano et Introzzi reprennent l'opération de Ruggi, l'angioneurectomie ou section en masse de tous les éléments du pédicule ovarien.

En 1932, Binet, de Nancy, s'inspirant des travaux du Viennois Doppler, pratique la sympathectomie chimique par isophénolisation des artères ovariennes et hypogastriques.

Enfin, depuis quelques années, une nouvelle étape a été franchie. On a essayé d'appliquer au sympathique pelvien la méthode des infiltrations anesthésiques. Le docteur Henriet, élève du Professeur Leriche, a proposé en 1936, dans une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg, d'infiltrer le sympathique pelvien au cours de l'accouchement. Il apportait à ce moment les résultats d'une première année d'expériences, résultats fort encourageants.

En 1938, deux auteurs roumains, Daniel et Mavrodin, puis David, s'inspirant également des travaux de Leriche, ont publié les résultats du traitement des annexites, aiguës ou chroniques par « blocage anesthésique » du plexus hypogastrique. Ils infiltrent le ganglion hypogastrique par la voie vaginale, avec dix centimètres cubes de novocaïne à 1 %.

Un peu plus tard Cotte faisait une communication à la Société de Chirurgie de Marseille sur l'infiltration des nerfs présacrés et hypogastriques. — Depuis quelque temps déjà, il se servait de l'infiltration du plexus hypogastrique comme moyen diagnostique surtout, mais aussi comme moyen thérapeutique complémentaire, dans les cas où la résection du nerf présacré n'amenait pas une sédation complète.

Ce bref aperçu nous montre l'abondance et la diversité des interventions qui ont été pratiquées sur le sympathique pelvien depuis la fin du siècle dernier. Nous retiendrons seulement celles qui sont applicables au traitement de l'ovarite scléro-kystique.

∴

Le sympathique ovarien peut être atteint à différents niveaux et par des procédés divers :

1° Opérations portant sur les éléments de la chaîne sympathique lombaire

La section des rami communicantes lombaires est de technique difficile, de même que la résection des ganglions de la chaîne sympathique latéro-vertébrale. Nous ne retiendrons pas ces opérations. On pourrait plutôt essayer de faire des infiltrations lombaires à la novocaïne. Peut-être donneraient-elles de bons résultats ?

2° Opérations portant sur le plexus lombo-ovarien

— soit au niveau du ligament lombo-ovarien,

— soit au niveau du hile.

a) *La section des filets nerveux du plexus lombo-ovarien au niveau du ligament lombo-ovarien :*

Elle constitue une opération assez délicate. Les filets nerveux, très fins et grêles, sont difficiles à repérer (Cotte).

b) *La section en masse de tous les éléments du pédicule ovarien :*

C'est *l'angioneurectomie* de Ruggi, préconisée par Castano et Introzzi. Elle leur a donné de bons résultats.

Leur technique consiste à réséquer le ligament lombo-ovarien sur une longueur de deux centimètres environ, après avoir chargé tous les éléments contenus dans le ligament avec une sonde. Après résection, ils reconstituent le soutien du ligament.

Résultats

Ces auteurs ont observé une disparition rapide des symptômes à la suite de l'opération. Pour eux, il y aurait similitude entre les symptômes du varicocèle pelvien et ceux de l'ovarite scléro-kystique. Les guérisons observées seraient dues à l'action exercée sur les filets sympathiques au niveau du paquet utéro-variqueux, au moment où l'on pratique la résection du ligament, et à l'action décongestionnante obtenue en empêchant le reflux veineux.

Bourguet estime que cette intervention est justifiée par les notions anatomiques ; mais il faudrait la compléter par la section du ligament utéro-ovarien, ligament dans lequel passent les filets d'origine pelvi-périnéale ou hypogastrique. Nous sommes de son avis.

Cotte a pratiqué l'angioneurectomie sur quelques malades sans obtenir toujours une amélioration bien nette. Il fait une objection sérieuse à ce procédé : en sectionnant en masse le pédicule lombo-ovarien, on supprime la voie vasculaire principale de l'ovaire et cela ne paraît pas sans inconvénient.

c) *La ligature des vaisseaux utéro-ovariens* (ou spermatiques.) Cette opération préconisée par Rotter, équivaut, au fond, à une véritable section du sympathique. En effet, la ligature étreint, non seulement les vaisseaux, mais aussi les nerfs ovariens. Rotter guérit ainsi 90 % des annexites dans un temps très court. Les organes génitaux sont conservés et gardent leurs fonctions normales.

d) *L'énervation de l'ovaire au niveau du hile, opération de Dupont :*

Lhermitte et Dupont ont examiné histologiquement quelques ovaires scléro-kystiques, enlevés chirurgicalement à cause des douleurs qu'ils provoquaient. Dans onze cas, ils ont trouvé des lésions nerveuses susceptibles d'expliquer les troubles observés chez les malades, de véritables névrômes sympathiques au niveau du hile, mais surtout dans le stroma ovarien. Ces constatations sont à la base de leur méthode.

Leur technique est la suivante :

« Après laparotomie, l'ovaire est attiré et retourné, le feuillet postérieur du ligament large est incisé transversalement à un demi-centimètre du hile; le éléments du pédicule apparaissent et sont nettement séparés du péritoine en avant et en arrière, à l'aide de ciseaux courbes; l'artère ovarienne reconnue est écartée puis tous les autres tissus sont sectionnés entre deux ligatures, jusqu'au feuillet antérieur du ligament large. Le péritoine reconstitué, l'ovaire est remis en place sans qu'aucune intervention ait été pratiquée sur lui ».

Résultats

Cette opération ne présenterait, d'après Lhermitte et Dupont, aucune gravité. — « Quant au danger que peut faire courir à l'ovaire la section de ses nerfs, nous pouvons affirmer qu'ils sont illusoires. Toutes nos malades ont présenté après l'opération des règles normales et l'une d'elles est même devenue enceinte. L'énervation paraît surtout avoir une action sur les règles et sur les règles douloureuses. Dans toutes nos observations, nous notons quelquefois la disparition et toujours la diminution des douleurs des règles. Les douleurs sourdes, avec exacerbations et irradiations dans le dos et dans les cuisses sont très améliorées par l'énervation. Nous les avons même vu disparaître dans certains cas. Quant aux troubles gastro-intestinaux, si vagues et si variables avec chaque malade, ils subissent une régression lente, mais certaine ».

Malheureusement, d'après Cotte, la technique de Dupont et Lhermitte réalise une énervation incomplète, et il n'est pas étonnant qu'elle reste souvent inefficace.

3° Opérations portant sur la voie nerveuse hypogastrique

Ces interventions nous semblent justifiées dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique; nous avons vu en effet que l'ovaire, en plus du plexus lombo-ovarien, recevait un apport nerveux hypogastrique par les nerfs de l'utérus.

Nous ne retiendrons pas *l'élongation des filets nerveux du plexus hypogastrique.*

L'opération de Cotte, la résection du nerf présacré — (ou plexus interiliaque), est l'intervention de beaucoup la plus pratiquée.

Il est inutile d'en décrire la *technique.* Rappelons que le nerf est réséqué sur une étendue de deux à quatre centimètres, et qu'il faut avoir soin de le prendre en totalité. Les ligatures en haut et en bas, avant la section, sont inutiles, et peuvent être le point de départ de douleurs après l'opération.

Résultats.

La section du nerf présacré a un effet analgésiant certain sur les douleurs d'origine pelvienne. L'hyperémie est si manifeste qu'il est habituel de voir apparaître les règles deux jours après la section du nerf.

Cotte estime que la résection du présacré n'est pas indiquée dans les cas d'ovarite scléro-kystique. De toute façon, il ne faut pas lui demander de modifier le cycle de l'ovulation et de la menstruation. Il l'a cependant pratiquée quelquefois chez des femmes atteintes de dégénérescence scléro-kystique des ovaires, et a obtenu des résultats plus ou moins satisfaisants. D'autres auteurs n'ont obtenu que de mécomptes. Cela tient certainement au fait que toutes les fibres sensitives venant de l'ovaire ne passent pas par le nerf présacré : un certain nombre suit la voie lombo-ovarienne. La section du présacré est donc une opération incomplète.

On peut faire la même objection à l'*infiltration anesthésique des nerfs présacrés et hypogastriques.*

4° Sympathectomies périartérielles

a) *La sympathectomie périaortique*, pratiquée d'abord par Bittmann, serait indiquée dans les ovarites scléro-kystiques où les douleurs lombaires prédominent. Elle est difficile à réaliser.

b) *La sympathectomie faite sur les artères iliaques, hypogastriques et ovariennes*, a donné de bons résultats à Leriche, dans plusieurs cas d'ovarite scléro-kystique. Il faut rappeler cependant, que la sympathectomie périovarienne n'intéresse qu'une infime partie des nerfs de la glande, la majeure partie cheminant à distance de l'artère. Ces opérations, longues et délicates, ne sont guère pratiquées actuellement. Cependant elles ont donné des résultats encourageants.

c) Plus récente, la *sympathectomie périartérielle chimique par isophénolisation* semble être une méthode séduisante par sa simplicité d'exécution et ses résultats. Binet estime qu'elle est « un moyen simple et efficace de modifier le régime sympathique de la sphère utéro-ovarienne et d'agir ainsi à la fois sur l'élément douleur par résection chimique du plexus hypogastrique supérieur, et sur l'élément ovarien par une véritable sympathectomie du plexus utéro-ovarien ». Elle agit d'une façon élective sur les filets sympathiques, sans altérer les tissus voisins.

Technique

Trois méthodes ont été préconisées :

— La méthode de Doppler : badigeonnage à la surface du péritoine, au niveau du promontoire et des mésosalpynx. Elle est insuffisante.

— Badigeonnage des plexus nerveux eux-mêmes, après incision du péritoine qui les recouvre.

— Injection sous péritonéale de la solution phénolée, méthode préconisée par Binet.

On injecte la solution d'isophénol au dixième, au moyen d'une seringue, au niveau du promontoire. On complète l'intervention par une injection semblable au niveau des deux ailerons de l'ovaire, et au besoin, au niveau des ligaments larges. Cette méthode est très active, d'après Binet, parce qu'elle assure le contact prolongé de la solution phénolée avec les filets nerveux.

Résultats

Les résultats immédiats sont favorables en ce qui concerne la douleur. — « On ne peut porter encore de jugement définitif sur les résultats éloignés. L'épreuve du temps est nécessaire », déclarait Binet en 1932.

Cotte également a pensé à employer l'isophénolisation. Il ne s'est pas contenté de badigeonner les pédicules lombo-ovariens, mais il a poussé, en outre, une injection intraligamentaire de quelques centimètres cubes de la solution phénolée au niveau du hile de l'ovaire et en plein pédicule lombo-ovarien.

L'isophénolisation ne lui a jamais donné un échec complet, les douleurs disparaissent pour un temps plus ou moins long. Les résultats ne sont, malheureusement, que temporaires.

Les partisans de la sympathectomie chimique, au contraire, parlent de résultats définitifs. La vaso-dilatation obtenue n'est pas transitoire comme on pourrait le croire, mais elle est durable. La phénolisation ne semble pas amener une destruction *anatomique* des filets sympathiques. Sa véritable efficacité est en relation, avant tout, avec une meilleure irrigation du système capillaire (Doppler).

CONCLUSIONS

Parmi ces diverses interventions, aucune on le voit, ne donne de résultats très encourageants et durables. A part la sympathectomie chimique selon la méthode de Binet, qui n'a pas ce défaut, elles sont toutes incomplètes, c'est là leur point faible.

Une thérapeutique idéale serait la section anatomique ou physiologique de tous les pédicules nerveux de l'ovaire, c'est-à-dire : résection du présacré, résection associée des nerfs lombo-ovariens.

CHAPITRE VI

Nouvelle méthode de traitement de l'ovarite scléro-kystique par l'infiltration de tous les pédicules ovariens suivie d'ignipuncture

Nous avons parlé dans le chapitre précédent d'une nouvelle étape dans la chirurgie du sympathique pelvien : la méthode des infiltrations anesthésiques à la novocaïne. Jusqu'à présent, elle n'avait pas été appliquée systématiquement au traitement de l'ovarite scléro-kystique, tout au moins à notre connaissance. Verger, dans sa thèse (1939), signale deux cas d'ovarite scléro-kystique considérablement améliorés par l'infiltration du ganglion hypogastrique, infiltration faite par voie vaginale. Dans l'esprit de beaucoup d'auteurs, l'infiltration reste un traitement d'attente, ou un moyen diagnostique.

En 1937, dans un article sur la valeur de la sympathectomie chimique en gynécologie, Cotte passait en revue les différents traitements chirurgicaux de l'ovarite scléro-kystique et dénonçait, soit leurs difficultés, soit leur inefficacité. Il concluait : « On pourrait essayer de faire des infiltrations à la novocaïne. Ce serait peut-être le moyen le plus efficace de provoquer les réactions vaso-motrices dont Leriche a bien montré le rôle dans la pathogénie de beaucoup de syndrômes douloureux ».

Provoquer des réactions vaso-motrices dans l'ovaire et le petit bassin au moyen d'infiltrations, cette idée, notre Maître, le Professeur Dionis du Séjour l'avait eue dès 1935 Il commença alors à appliquer systématiquement la méthode

d'infiltration des pédicules ovariens et du nerf présacré, associée à l'ignipuncture, dans son service de chirurgie, à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

Jusqu'à cette époque, il pratiquait l'ignipuncture seule, dans les cas d'ovarite scléro-kystique nécessitant une intervention chirurgicale. Mais comme tant d'autres il avait constaté l'inefficacité fréquente de cette méthode. Il avait aussi fait plusieurs résections du nerf présacré; elles ne lui donnèrent pas les résultats escomptés. Ces échecs l'incitèrent à chercher un moyen plus efficace pour lutter contre la douleur. Les travaux de Crile sur le shock opératoire et l'association anocive, plus récemment ceux de Leriche sur les infiltrations novocaïniques locales, le guidèrent dans cette voie.

Le chirurgien américain Crile avait montré dès 1914, que les anesthésiques locaux, en « bloquant » la transmission par voie nerveuse, protègent le système nerveux central contre le traumatisme opératoire local et complètent ainsi heureusement l'effet des anesthésiques généraux.

La combinaison des anesthésiques locaux et généraux permet de garantir le cerveau contre toute excitation, de quelque lieu qu'elle vienne. Il appela ce nouveau principe de chirurgie opératoire, le principe de l'association innocive ou anocive. Ce principe est actuellement appliqué par beaucoup de chirurgiens.

Leriche, d'autre part, avait eu l'idée, vers 1934, de traiter l'entorse par l'infiltration des terminaisons nerveuses au sein des tissus. Il ne s'agit pas là d'une simple anesthésie locale qui serait de courte durée. Le mécanisme d'action de ces infiltrations est plus compliqué. La novocaïne et ses dérivés ont la propriété de « bloquer » les extrémités nerveuses ; ils empêchent la création ou l'entretien des réflexes pathologiques. Ils bloquent les vaso-moteurs sympathiques et agissent ainsi sur le régime circulatoire dans la région infiltrée. — « La novocaïne supprime pour un temps, ou définitivement, les possibilités de vaso-constriction dans un territoire donné, en y établissant un régime de vaso-dilatation active ». (Leriche).

S'inspirant des travaux de ces auteurs, le Professeur Dionis du Séjour eut d'abord l'idée de pratiquer l'infiltration des pédicules ovariens pour supprimer les réactions que ne manque pas de produire habituellement l'ignipuncture

seule. Cette dernière détermine en effet très souvent chez les opérées une réaction violente dans les 48 premières heures qui suivent l'intervention (hyperthermie, vives douleurs, apparition des règles, etc...) Le blocage des voies sensitives supprime ces phénomènes et les suites opératoires immédiates sont le plus souvent calmes et indolores.

Pratiquée dans cet esprit, l'infiltration des pédicules ovariens est en somme une application de l'association anocive de Crile. Le Professeur Dionis du Séjour l'a depuis lors du reste, étendue au bénéfice de toutes les interventions sur les organes génitaux internes de la femme.

De quelle façon peut-on imaginer l'action de l'ignipuncture et celle de l'infiltration ?

L'ignipuncture, par l'hyperémie qu'elle détermine, entraîne des modifications anatomiques du stroma ovarien. Elle agit, comme le disait les Anciens, à la manière d'un énergique fondant, sur les lésions irritatives chroniques .

D'autre part, la section physiologique des nerfs ovariens supprime les excitations réflexes partant de l'ovaire et tenant tant à la sclérose qu'au traumastisme de l'ignipuncture. En infiltrant le sympathique ovarien, on bloque des extrémités nerveuses sensitives, et on modifie, en outre, le régime circulatoire de l'ovaire et du petit bassin, en provoquant de la vaso-dilatation.

Appliquée d'abord dans l'intention de supprimer des réactions post-opératoires passagères, cette méthode, observée avec un recul suffisant et sur un certain nombre de malades, s'est révélée au Professeur Dionis du Séjour comme capable d'apporter une rémission de longue durée, et même dans certains cas l'équivalent d'une guérison clinique.

TECHNIQUE OPERATOIRE

La technique employée est simple.

Après laparotomie médiane sous-ombilicale, faite sous anesthésie générale ou rachianesthésie, on pratique *dans un premier temps l'infiltration à la Dunacaïne* à 0,50 p. cent :

1. — Du pédicule lombo-ovarien ;

2. — Du ligament utéro-ovarien et du hile de l'ovaire ;

3. — Du ligament rond ;

4. — Infiltration du pied du ligament large de manière à toucher le plexus hypogastrique (ganglion de Frankenhauser) ;

5. — Infiltration au niveau du promontoire, à droite de l'insertion du méso-colon iliaque, du tronc du du nerf présacré et de ses branches.

De cette manière, on pratique une section physiologique de tous les nerfs qui se rendent à l'ovaire.

Dans un second temps, on pratique *l'ignipuncture* des kystes ovariens avec la pointe fine du galvano-cautère, non seulement des kystes apparents à la surface de l'ovaire, mais aussi de ceux que le palper permet de déceler dans le stroma ovarien.

AVANTAGES DE LA METHODE DES INFILTRATIONS

1. — *Ses avantages sur les méthodes de sections et de résections nerveuses.*

Elle est complète au point de vue de son action sur le sympathique ovarien. Elle bloque non seulement la voie lombo-ovarienne, mais encore la voie hypogastrique. De plus, une infiltration de novocaïne permet d'atteindre toutes les fibres nerveuses sympathiques. En cela, elle est bien supérieure aux sections nerveuses chirurgicales. La disposition des nerfs végétatifs étant le plus souvent plexiforme, il est très rare qu'on puisse arriver à sectionner les filets nerveux en totalité. L'énervation de l'ovaire par exemple n'est presque jamais complète. Quant à la section du nerf présacré, elle ne supprime pas toutes les voies sensitives hypogastriques.

Une simple infiltration de novocaïne, par contre, agit sur tous les filets sympathiques, même les plus ténus. En effet, ces filets cheminent en général dans une nappe de tissu cellulaire lâche; la dunacaïne diffuse aisément dans les mailles de ce tissu et se répand partout, bloquant les moindres filets nerveux.

La méthode d'infiltration du sympathique ovarien est beaucoup plus *physiologique* que la méthode des sections nerveuses. Ce n'est plus une chirurgie des nerfs, mais une chirurgie vasculaire, dans ses effets en tous cas. Elle modifie le régime circulatoire du petit bassin, surtout au niveau des pédicules lombo-ovariens, dans le hile de l'ovaire, au niveau des vaisseaux hypogastriques. La dunacaïne suspend l'action tonique du sympathique ovarien, c'est-à-dire qu'elle suspend l'action vaso-constrictive exagérée due à l'hyperexcitabilité du sympathique. Elle permet ainsi l'établissement d'un régime de vaso-dilatation. La circulation dans l'ovaire s'en trouve très améliorée. Grâce à ces modifications vaso-motrices, les conditions favorables à la naissance et à la propagation de la douleur disparaissent.

La section des nerfs ovariens, par contre, risque toujours de supprimer des filets sécrétoires et vaso-moteurs, ce qui peut troubler le fonctionnement ovarien.

2. — *Ses avantages sur la méthode d' «infiltration paramétrale » par voie vaginale ou transpérinéale.*

L'infiltration selon la méthode du Professeur Dionis du Séjour a l'avantage d'être faite à ciel ouvert. On voit ce que l'on fait ; on peut ainsi être beaucoup plus précis qu'en injectant la dunacaïne par les culs-de-sac du vagin, ou par voie transpérinéale. Ces derniers procédés permettent d'infiltrer le ganglion hypogastrique et le nerf présacré, mais ne permettent que difficilement d'atteindre les pédicules ovariens et le hile de l'ovaire.

En résumé, la méthode du Professeur Dionis du Séjour est précise, facile, sans danger. De plus, elle est physiologique.

INCONVENIENTS DE CETTE METHODE

A priori, tous les avantages de l'infiltration à ciel ouvert ne sauraient prévaloir contre l'inconvénient majeur de la méthode, celui qui vient aussitôt à l'esprit et fait douter spontanément du résultat : *l'infiltration ainsi conçue ne peut être pratiquée qu'une seule fois*, au moment de la laparatomie.

Jusqu'à présent, l'effet d'une infiltration novocaïnique était considéré comme temporaire. Dans le traitement de l'entorse, par exemple, on fait souvent suivre la première infiltration d'une seconde, puis d'une troisième, à quelques jours d'intervalle. Des injections successives amènent ainsi des phases de sédation de plus en plus longues, le temps d'action se prolongeant à chaque infiltration. Comment une seule injection de dunacaïne au contact des pédicules ovariens pourrait-elle amener la disparition définitive des douleurs et des troubles réflexes si variés de l'ovarite scléro-kystique ?

Avant de prédire un échec en se basant sur des notions acquises, il faut peser les résultats. Observer les faits a toujours été plus fécond que les imaginer. Or, les faits sont les suivants :

— Parmi les malades qui ont été ainsi traitées, le Professeur Dionis du Séjour n'a pas été appelé à réintervenir, sauf dans un cas particulier (dans ce cas, la seconde laparotomie montra des ovaires macroscopiquement normaux) — Les suites opératoires sont indolores. Presque toutes les malades sont améliorées par l'opération. Dans un petit nombre de cas, l'amélioration n'est que passagère.

Souvent la guérison est définitive.

On peut en effet déjà parler de résultats éloignés, puisque les premières opérations ont été pratiquées en 1935.

En moyenne, ces résultats ont paru au Professeur Dionis du Séjour nettement supérieurs à ceux de l'ignipuncture isolée.

Il nous semble téméraire d'en fournir une explication. Est-ce l'infiltration elle-même, pratiquée une seule fois, qui produit le résultat permanent ? Cette section physiologique du nerf sympathique a-t-elle des effets aussi durables que ceux d'une section anatomique sans en avoir les inconvénients?

Ou bien est-ce le fait de l'association des deux méthodes qui donne, par un mécanisme inconnu, des résultats sérieux et durables ?

Le Professeur Dionis du Séjour incline plutôt pour cette deuxième hypothèse.

OBSERVATIONS

Première série. — *Ovarites sclero-kystiques pures, sans lésions associées*

OBSERVATION N° 1

Mme Jeanne V..., 23 ans. Admise à l'Hôtel-Dieu pour appendicite au début de l'année 1936. Réglée à 13 ans. Règles régulières, très abondantes, mais non douloureuses.

Un enfant. Pas de fausse couche.

Depuis longtemps la malade se plaint de douleurs lombo-abdominales et pelviennes, non rythmées par le cycle menstruel. Deux ans auparavant, ces douleurs ont beaucoup augmenté d'intensité et ont fini par rendre la vie insupportable à la malade. Elle présente actuellement des crises douloureuses paroxystiques avec hyperesthésie cutanée de la paroi abdominale accompagnées de nausées et de vomissements.

Dyspareunie très pénible

Troubles dyspeptiques réflexes très accusés. Constipation opiniâtre. La malade a toujours été très nerveuse, mais actuellement, elle ne supporte plus aucune contrariété, et souffre d'insomnie. Elle a vu différents médecins : elle a été traitée pour neurasthénie.

Examen. — Pas de signes physiques d'appendicite. Au T. V., on perçoit des ovaires gros et sensibles.

Intervention : Le ...février 1936.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Quelques adhérences dans le petit bassin. Rupture de ces adhérences. Les trompes et l'utérus sont normaux.

Les deux ovaires sont très gros et scléro-kystiques.

Infiltration des pédicules ovariens et du nerf présacré à la Dunacaïne. Ignipuncture des kystes. On vérifie l'appendice. Il est long, macroscopiquement sain.

Appendicectomie.

Suites opératoires : Parfaites.

Résultat : Guérison complète.

Après l'opération, la malade se dit transformée. Elle ne souffre plus du tout, n'a plus de troubles digestifs, ni de troubles nerveux. L'opération a « accompli un miracle ». Ce résultat se maintient cinq ans et demi après.

La malade est actuellement enceinte.

OBSERVATION N° 2

Mme B..., 35 ans. Admise pour affection abdominale. Réglée à 12 ans. Pas d'enfant ; pas de fausse couche.

Dysménorrhée datant de la puberté. Règles très abondantes, durant sept jours, revenant tous les 25 jours. Les douleurs débutent quelques jours avant l'apparition des règles et persistent pendant toute la durée de celles-ci. Douleurs à type de coliques s'étendant à tout l'abdomen.

La malade se plaint depuis quelques temps de douleurs dans la fosse iliaque gauche; à la suite d'un effort ou d'une fatigue, ces douleurs deviennent très vives. Elles s'accompagnent de nausées, de vomissements.

Troubles dyspeptiques. Alternatives de constipation et de diarrhée. Déséquilibre neuro-végétatif très accusé.

Examen : Le T. V. est très douloureux, mais ne permet pas de déceler une lésion inflammatoire des annexes. Les ovaires ne sont pas nettement perceptibles. Néanmoins on pose le diagnostic d'ovarite scléro-kystique.

Intervention : Le 18 juin 1936.

L'utérus est petit, mais normal. Les trompes sont normales. Les ovaires sont tous deux bourrés de kystes.

Infiltration et ignipuncture. **Suites opératoires :** parfaites

Résultat : *Guérison.* Se maintient cinq ans après l'opération. Les règles ne sont plus douloureuses ; elles sont cependant toujours très abondantes.

La douleur de la fosse iliaque gauche ne reparaît plus que de loin en loin, sous l'influence d'une grande fatigue.

Les troubles réflexes associés ont à peu près disparu.

OBSERVATION N° 3

Mme Sofia K..., 38 ans. Entrée à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1938 pour douleurs lombo-abdominales, dysménorrhée et déséquilibre vago-sympathique, non améliorés par les moyens médicaux.

(La malade ne comprenant ni ne parlant le français, l'interrogatoire est difficile).

Examen : Au T. V. l'utérus et les trompes sont normaux. Par contre, les deux ovaires sont perceptibles et douloureux

Intervention : Le 10 mars 1938.

Laparatomie. *Ovaires scléro-kystiques.*

Infiltration et ignipuncture.

L'appendice, macroscopiquement sain, est laissé en place.

Résultat : Règles non douloureuses le surlendemain de l'opération. A sa sortie de l'Hôtel-Dieu, la malade était *très améliorée.*

Elle n'a pas pu être revue, ni interrogée dans les années suivantes. On ne peut pas savoir si l'amélioration a été passagère ou durable.

OBSERVATION N° 4

Mme Isabelle B..., 34 ans.

Admise pour appendicite chronique en mars 1938.

Deux enfants. Pas de fausses couches

Dysménorrhée ancienne. Règles irrégulières, abondantes. Douleurs prémenstruelles très vives, dans la région lombaire. Névralgies ovariennes.

Ces dernières années la malade a beaucoup souffert, en outre, de douleurs presque continuelles dans les régions lombaire et pelvienne.

Elle souffre également de troubles digestifs, si accusés qu'ils ont fait penser à une appendicite chronique. Constipation habituelle. Déséquilibre neuro-végétatif.

Examen : La palpation abdominale révèle des points douloureux bilatéraux dans la région ovarienne. Aucun signe net d'appendicite.

Par le T. V., on perçoit un utérus dévié en rétroversion, de volume normal. Les annexes ne sont pas perceptibles.

Intervention : Le 11 mars 1938.

Utérus normal, légèrement rétroversé. Trompes normales. Ovaires de dimensions normales, mais *scléro-kystiques.*

Infiltration. Ignipuncture.

Résultats : Disparition des douleurs pendant les règles suivantes. Trois ans et demi plus tard, la *guérison* se maintient toujours. L'état de santé de la malade est très satisfaisant. Elle ne souffre plus de crises douloureuses, ni de dysménorrhée. Les troubles digestifs sont très améliorés; cependant la malade reste nerveuse.

OBSERVATION N° 5

Mlle L..., 27 ans.

Règles douloureuses. Dysménorrhée membraneuse. Déséquilibre vago-sympathique.

Examen : T.V. : assez douloureux. Pas de signes d'appendicite. Diagnostic : péritonite fibreuse.

Intervention : Le 4 mars 1938.

Pas de péritonite chronique. Pas d'adhérences péritonéales. Appendice normal. Ablation de l'appendice.

Ovaires scléro-kystiques.

Infiltration et ignipuncture.

Suites indolores.

Résultat : Sédation des douleurs et des troubles qui se maintient depuis 4 ans.

OBSERVATION N° 6

Mme Henriette S..., 25 ans.

Souffre de dysménorrhée, plus marquée un mois sur deux. Règles irrégulières, peu abondantes, si douloureuses qu'elles obligent la malade à s'aliter.

Intervention : Le ... mai 1939.

Ovaires scléro-kystiques.

Infiltration. Ignipuncture. Suites parfaites.

Résultat : Malade revue le 15 novembre 1940. *Amélioration très nette.* Souffre beaucoup moins au moment de ses règles.

OBSERVATION N° 7

Mme Alice C..., 21 ans. Entrée le 13 juin 1939, à l'Hôtel-Dieu pour appendicite.

La malade se plaint de dysménorrhée datant du début de ses règles à 14 ans.

Règles abondantes

Douleurs menstruelles persistant pendant toute la durée des règles, sous forme de névralgie, avec irradiations dans le petit bassin. Pertes blanches assez abondantes. Depuis son mariage, la dysménorrhée est plus intense. La malade se plaint en outre de dysurie, de dyschézie, ainsi que d'une grande nervosité.

Examen : Pas de signes d'appendicite. E. I. A. S. sonore.

Par contre les ovaires sont douloureux au T. V. et augmentés de volume.

Intervention : Le ... juin 1939.

Ovaires gros et kystiques

Infiltration et ignipuncture.

Appendice macroscopiquement sain. Néanmoins, on le résèque.

Suites opératoires indolores.

Résultat : *Amélioration passagère* après l'opération.

Deux ans et demi plus tard, la malade affirme qu'elle souffre de nouveau au moment de ses règles.

OBSERVATION N° 8

Mme Andrée S..., 19 ans. Admise pour appendicite.

Réglée à 12 ans. Un enfant. Pas de fausse couche.

Les règles ont toujours été peu abondantes et irrégulières, souvent douloureuses.

Depuis le mariage, la dysménorrhée s'est aggravée.

Actuellement, la malade se plaint de douleurs menstruelles très vives, à type de coliques.

Elle souffre de constipation, de maux de têtes, de troubles réflexes divers.

Examen : Au T. V., les ovaires sont sensibles.

Intervention : Le 18 mars 1940.

Les ovaires sont *scléro-kystiques*, surtout l'ovaire gauche.

Infiltration. Ignipuncture.

Appendice macroscopiquement sain. Appendicectomie. Suites opératoires parfaites.

Résultat : *Amélioration passagère.*

Un an et demi plus tard, l'état général de la malade est meilleur, mais la dysménorrhée a reparu.

OBSERVATION N° 9

Mme Yvonne Br..., 31 ans. Envoyée pour appendicite.

L'interrogatoire est difficile en raison de la débilité mentale de la malade.

Premières règles à 12 ans. Les règles sont irrégulières et abondantes, mais ne semblent pas être douloureuses.

Actuellement, la malade se plaint plutôt de douleurs lombaires et ovariennes.

Examen : Le T. V. permet de sentir les ovaires prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, et sensibles.

Aucun signe net d'appendicite.

A l'intervention, le 21 mars 1940, on trouve des ovaires petits, microkystiques, prolabés.

Infiltration et ignipuncture.

Appendice macroscopiquement sain. Appendicectomie. Suites opératoires indolores.

Résultat : Pas d'amélioration, un an et demi plus tard, aux dires de la malade.

OBSERVATION N° 10

Mme Louise M..., 46 ans. Adressée avec le diagnostic de salpingo-ovarite.

Réglée à 14 ans. Règles assez irrégulières et douloureuses.

Pas d'enfants. Pas de fausses couches.

La malade se plaint actuellement de dysménorrhée; douleurs lombaires et pelviennes survenant quelques jours avant le début des règles, parfois seulement le premier jour.

Elle souffre beaucoup, entre ses règles, de douleurs pelviennes, accompagnées de troubles réflexes variés : dyspepsie, nausées, constipation, céphalée, vertiges. Tous ces symptômes ont subi une aggravation nette pendant les mois précédant son admission.

Examen : Le T. V. permet de sentir un utérus un peu gros. Les culs-de-sac latéraux et le Douglas sont libres. Ovaires non perceptibles.

Intervention : Le 2 juillet 1940.

L'utérus est un peu augmenté de volume.

Les trompes ne présentent aucune lésion.

L'ovaire droit est normal. L'ovaire gauche est scléro-kystique (degré léger).

Infiltration. Ignipuncture. Suites indolores.

Résultat : *Guérison.* Un an plus tard, la malade déclare qu'elle va beaucoup mieux. Les règles sont plus abondantes, plus régulières, et beaucoup moins douloureuses. Les douleurs pelviennes non périodiques ont disparu ainsi que les troubles réflexes.

OBSERVATION N° 11

Mme Mathilde C..., 44 ans. Entrée à l'Hôtel-Dieu, le 9 décembre 1940 pour métrorragies.

Examen : Au T. V., utérus un peu volumineux, paraissant fibromateux.

Intervention : Le 10 janvier 1941.

Utérus normal, non justiciable d'une intervention.

Par contre les ovaires, le gauche en particulier, présentent des formations kystiques.

Infiltration des pédicules ovariens.

Résection de l'ovaire gauche.

Ignipuncture des kystes de l'ovaire droit.

Suites opératoires : Parfaites. Amélioration à la sortie de l'Hôtel-Dieu. La malade n'a pu être retrouvée.

Deuxième série. — *Ovarites scléro-kystiques avec appendicite*

OBSERVATION N° 12

Mme T..., 25 ans. Deux enfants. Se plaint de douleurs appendiculaires, de dysménorrhée.

Examen : Signes d'appendicite chronique.

Au T. V., ovaires prolabés dans le Douglas et douloureux.

Intervention : Le 12 septembre 1935.

Laparotomie.

Quelques adhérences autour de l'appendice macroscopiquement sain.

Ovaires *scléro-kystiques*, abondamment bourrés de petits kystes.

Infiltration et ignipuncture. Suites normales.

Résultat : Cinq ans après, la guérison s'était maintenue.

OBSERVATION N° 13

Mme Eb..., 27 ans. Admise pour appendicite.

Réglée à 10 ans. Deux enfants. Pas de fausses couches.

A toujours souffert de dysménorrhée : règles abondantes et douloureuses l'obligeant à s'aliter. Elle souffre quelques jours avant et pendant toute la durée des règles.

Depuis son deuxième accouchement, elle se plaint de douleurs presque permanentes dans la région ovarienne. Les douleurs se calment un peu après les règles. Elles s'accompagnent de dysurie, de dyschézie, de nervosité et de céphalées. Par contre, pas de symptômes gastro-intestinaux.

Examen : T. V. : ovaires douloureux.

Intervention : Le 12 février 1938.

Ovaires scléro-kystiques bilatéraux.

Infiltration et ignipuncture des deux ovaires.

On vérifie l'*appendice qui est turgescent.*

Appendicectomie.

Suites parfaites.

Résultat ; *Guérison complète.*

Trois ans après l'opération, la malade va très bien.

Les règles sont moins abondantes, plus régulières et ne la font plus souffrir du tout. Elle ne se plaint plus de douleurs ovariennes et pelviennes, ni de troubles nerveux.

OBSERVATION N° 14

Yvette V..., 15 ans. Admise pour appendicite chronique.

Réglée à 14 ans. Dès le début, les règles ont été ménorragiques, très irrégulières, avec parfois de la polyménorrhée, et surtout très douloureuses. Elle souffre de coliques violentes dans le petit bassin les deux ou trois premiers jours.

Elle se plaint actuellement d'une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite et de troubles gastro-intestinaux, avec nausées et vomissements fréquents.

En outre, elle est atteinte d'un hoquet persistant depuis trois semaines.

A l'examen : on ne trouve pas signes physiques d'appendicite.

Examen gynécologique impossible.

Le hoquet cède à une infiltration des phréniques à la Dunacaïne et à quelques pointes de feu.

Intervention : Le 25 novembre 1938.

Laparotomie médiane.

On vérifie *les ovaires qui sont tous deux scléro-kystiques.*

L'ovaire droit est porteur d'un kyste atteignant la dimension d'une noisette.

Infiltration et ignipuncture.

Appendice scléreux, sans aucun signe d'inflammation aiguë.

Appendicectomie.

Suites opératoires indolores.

Résultat : *Pas d'amélioration.* Trois ans après, les règles sont toujours irrégulières, un peu moins abondantes, mais toujours très douloureuses. Douleur persistante dans le côté droit du petit bassin.

OBSERVATION N° 15

Mme Raymonde V..., 24 ans. Admise pour appendicite chronique.

Deux enfants. Fausses couches ?

A toujours été très irrégulièrement réglée. Ecoulement peu abondant, mais très douloureux, surtout le premier jour.

Actuellement, la malade se plaint de douleurs abdominales et de troubles gastro-intestinaux avec nausées et vomissements; alternatives de constipation et de diarrhée.

Dysurie ; dyschézie. Nervosité.

Examen : Douleur vive au point de Mac Burney. Pas de défense musculaire. Pas de température.

Au T. V., l'utérus est légèrement redressé. La mobilisation utérine est normale, mais un peu douloureuse.

Les culs-de-sac latéraux sont souples, mais douloureux, surtout à droite.

Intervention : Le 3 décembre 1939.

Les ovaires sont petits et microkystiques.

Infiltration et ignipuncture.

L'appendice est coudé; il présente quelques adhérences

Appendicectomie.

Suites parfaites.

Résultat : *Amélioration.* Se maintient depuis deux ans. La malade se porte beaucoup mieux qu'avant l'opération. Les règles sont toujours irrégulières, mais ne la font plus souffrir. Il y a quelque temps, elle ressentait parfois des douleurs pelviennes, sans doute en rapport avec un épisode infectieux (salpingite ?) survenu en juillet 1940.

OBSERVATION N° 16

Alice Ch..., 18 ans. Envoyée à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic d'appendicite.

La malade se plaint de dysménorrhée et de dysurie.

De plus, elle ressent actuellement des douleurs dans la fosse iliaque droite et souffre de troubles gastro-intestinaux, et de symptômes nerveux divers.

Examen : Fosse iliaque droite douloureuse.

T. V. : ovaires sensibles, autant que l'on peut en juger. On essaye un *traitement médical.* Ce traitement ne donne aucun résultat.

Intervention : Le 30 mars 1940.

Ovaires scléro-kystiques, surtout le gauche (qui porte la trace de la dernière ovulation).

Ignipuncture des deux ovaires.

Infiltration de leurs pédicules et du nerf présacré. Il se produit un hématome dans chaque pédicule.

L'appendice est enfoui sous des adhérences. Il est adhérent à la terminaison de l'intestin grêle. Appendicectomie avec enfouissement du moignon.

Suites parfaites.

Résultat : *Guérison.* Elle se maintient un an et demi après l'opération. Les règles sont plus régulières, moins abondantes, elles ne sont plus, ou presque plus douloureuses.

Les troubles digestifs et nerveux se sont beaucoup améliorés.

OBSERVATION N° 17

Suzanne M..., 16 ans. Admise pour appendicite.

Malade réglée à l'âge de 12 ans et demi. Règles irrégulières, abondantes, douloureuses, surtout le premier jour.

A son entrée, elle présente des symptômes d'appendicite aiguë : douleurs dans la fosse iliaque droite, vomissements et température à 39°.

Examen : A la palpation, fosse iliaque droite douloureuse; cæcum gargouillant.

T. V. : points ovariens douloureux.

Intervention : Le 13 avril 1940.

Après laparatomie médiane sous-ombilicale, on tombe sur *des ovaires petits et scléro-kystiques.*

Infiltration et ignipuncture.

L'appendice est coudé, rouge et épais. Son méso est très court.

Appendicectomie avec enfouissement.

Suites parfaites.

Résultat : *Amélioration.* La malade revue en novembre 1941, se plaignait de nouveau de règles irrégulières et même de douleurs pelviennes non périodiques. *Réadmission.*

Au T. V., on sent une masse très douloureuse dans le Douglas; on pense à une salpingite et on pratique une deuxième opération. On tombe sur un utérus gravide de deux mois environ, en rétroversion.

Nombreuses adhérences unissant l'utérus à la paroi.

Les ovaires par contre sont normaux. Ces adhérences expliquent la reprise des douleurs après la première intervention. La malade n'a plus souffert après leur ablation et a accouché à terme.

OBSERVATION N° 8

Mlle Marie-Louise R..., 30 ans. Admise le 3 juin 1940 pour salpingite. Elle aurait eu une poussée salpingienne, il y a sept ans. Se plaint de douleurs pelviennes.

Examen : Mac Burney très net. Pas de défense musculaire. Température : 39° 8.

T. V. : Annexes droites douloureuses, mais non perceptibles Mobilisation utérine non douloureuse.

Traitement médical : Vessie de glace et propidon.

Intervention : Le 14 juin 1940.

Annexes droites avec légères adhérences, *ovaire droit franchement kystique.* L'ovaire gauche présente également quelques petits kystes.

Infiltration et ignipuncture.

L'appendice est un peu rouge et gros. Appendicectomie.

Suites opératoires : Parfaites.

Amélioration à la sortie de l'Hôtel-Dieu.

La malade n'a pas pu être revue depuis lors.

OBSERVATION N° 19

Mme Tr..., 24 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu au mois de mars 1941 avec le diagnostic d'appendicite.

Réglée à 13 ans. Pas d'enfant. Pas de fausses couches.

Dès la puberté, les règles ont été irrégulières, à caractère ménorragique, très douloureuses.

En dehors des périodes menstruelles, la malade présente actuellement des crises douloureuses semblant liées à l'évolution d'une appendicite. Elles s'accompagnent de température, oscillant autour de 38°, de digestions pénibles, de nausées et de vomissements.

Constipation habituelle. Dysurie.

La malade est nerveuse, se plaint de fatigue, de céphalées.

Examen : On palpe un cordon dur et douloureux dans la fosse iliaque droite. E. I. A. S. mate. Au T. V., les ovaires sont gros et sensibles.

Intervention : Le 18 mars 1941.
Utérus et trompes normaux.
Ovaires très gros, bourrés de kystes.
Infiltration et ignipuncture.
L'appendice est congestionné. Il contient un peu de pus.
Appendicectomie.
Suites parfaites.
Résultat : *Guérison.* Malade interrogée sept mois après l'opération. Non seulement les troubles digestifs et les crises douloureuses ont disparu, mais les règles aussi ont changé. Elles sont plus régulières et ne font plus souffrir la malade. Celle-ci est, cependant, restée nerveuse et fatiguée.

Troisième série. — *Ovarites scléro-kystiques et lésions associées de l'appareil génital*

OBSERVATION N° 20

Mme Marie F..., 32 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu en novembre 1938. Réglée à 13 ans. Deux enfants. Pas d'avortements.

Se plaint de dysménorrhée (règles très abondantes durant 8 jours). Elle souffre de coliques dans le petit bassin, surtout le premier jour des règles. Depuis son deuxième accouchement, la malade éprouve des douleurs continues dans le petit bassin avec irradiations lombaires; elle a aussi des pertes blanches très abondantes. Elle se plaint de troubles dyspeptiques vagues. Déséquilibre vago-sympathique, nervosité, vertiges.

Examen : Le T. V. permet de sentir un utérus gros, sensible, en rétroversion.

Les ovaires sont douloureux.

Traitement médical préopératoire : crayons intra-utérins à l'ichtyol. Vaccin I. O. D.

Intervention : Le 26 novembre 1938.
Ovarite scléro-kystique bilatérale.
Utérus en rétroversion, atteint de métrite.
Appendice sain.
Infiltration et ignipuncture.
Fixation de l'utérus par le procédé de Doleris. Suites parfaites.

Résultat : *Guérison.* Se maintient depuis trois ans
Modifications des règles qui ont perdu leur caractère ménorragique et ne sont plus douloureuses. Elle n'a plus que quelques rares douleurs pelviennes du côté droit.

Par contre, les troubles réflexes persistent.

OBSERVATION N° 21

Juliette Ch..., 31 ans. Admise pour salpingite.

Réglée à 14 ans. Un enfant. Pas d'avortements.

Règles peu abondantes, régulières, mais très douloureuses, surtout le premier jour. La malade souffre d'élancements, de douleurs lombaires. L'accouchement a augmenté la dysménorrhée.

Elle se plaint aussi de douleurs non périodiques, avec irradiations dans l'abdomen, le long de la face interne des cuisses. Dysurie.

Elle a été opérée de l'appendicite un an auparavant, mais se plaint toujours de digestions pénibles, de constipation opiniâtre.

Malade très nerveuse, toujours fatiguée.

Examen : Le T. V. révèle des culs-de-sac latéraux douloureux et un peu empâtés. L'utérus est en **rétroversion** complète et fixé. La mobilité utérine est diminuée et douloureuse.

Intervention : Le 17 octobre 1939.

Rétroversion utérine complète.

Des adhérences fixent le fond de l'utérus au cul-de-sac de Douglas.

Libération de ces adhérences.

Les trompes sont normales. Quelques adhérences légères à droite.

Les ovaires sont scléro-kystiques

Infiltration et ignipuncture.

Badigeonnage du fond de l'utérus à l'huile goménolée.

Suites indolores.

Résultat : *Amélioration sensible*, qui s'est maintenue pendant deux ans. La dysménorrhée proprement dite a disparu. Cependant, la malade souffre encore un peu pendant la période prémenstruelle. Les troubles dyspeptiques sont améliorés, les troubles nerveux également.

OBSERVATION N° 22

Mme Francine V..., 27 ans. Entrée le 29 octobre 1935.

Diagnostic de salpingo-ovarite ?

Dysménorrhée datant de la puberté.

Douleurs sous forme de coliques, surtout marquées le premier jour des règles. Dysurie et dyschézie.

A subi une appendicectomie deux ans auparavant.

Intervention : Le 31 octobre 1935.

Laparotomie médiane. On tombe sur un *kyste de l'ovaire droit*. L'ovaire gauche est *scléro-kystique*. Trompe gauche normale.

Utérus normal.

Ablation des annexes droites après infiltration préalable.

Les annexes gauches sont laissées en place.

Infiltration des pédicules ovariens gauches et ignipuncture.

Un drain est laissé en place.

Suites normales : *Pas de douleurs.*

Le drain est enlevé le quatrième jour.

Résultat : Amélioration très nette de la dysménorrhée, qui s'est maintenue pendant six ans.

OBSERVATION N° 23

Mme D..., 37 ans. Admise pour appendicite chronique.

Dysménorrhée ancienne.

Douleurs abdominales et pelviennes non périodiques, accompagnées de troubles dyspeptiques, de dysurie, de gêne à la défécation. Déséquilibre vago-sympathique.

Intervention : Décembre 1935.

Après laparotomie médiane, on découvre un *kyste dermoïde de l'ovaire droit.* Ponction du kyste. Il contient un litre et demi de liquide hématique, couleur chocolat.

Ligature du pédicule et ablation de la masse ovarienne.

L'ovaire gauche est *scléro-kystique.*

Infiltration et ignipuncture.

L'appendice est très long, fixé au colon qui est mobile.

Ablation de l'appendice. Fixation du cæcum et du colon à la paroi au niveau de l'angle hépatique.

Suites : parfaites.

Résultat : *Guérison,* se maintenant depuis six ans.

La malade ne souffre plus, ni au moment de ses règles, ni entre ses règles. Les autres symptômes ont subi une grande amélioration.

OBSERVATION N° 24

Mme Victoria S..., 31 ans. Admise en mars 1938 pour affection pelvienne.

Réglée à 18 ans. Règles normales. Trois enfants; accouchements normaux. Depuis huit ans environ, elle souffre de douleurs pelviennes bilatérales. Les règles aussi sont devenues douloureuses.

Après les règles, les douleurs pelviennes diminuent.

Un an auparavant, elle a été opérée de l'appendicite, mais peu après l'opération, les douleurs ont repris.

Depuis quelques mois, ses règles retardent de dix à quinze jours.

Nervosité, céphalées.

Intervention : Le 10 mars 1938.

L'ovaire droit est porteur d'un kyste du volume d'une mandarine.

La trompe droite est oblitérée. Salpingite chronique.

L'ovaire gauche est *scléro-kystique*. Il présente un volumineux corps jaune récent avec hémorragie centrale.

La trompe gauche est normale.

Infiltration des pédicules ovariens des deux côtés

Infiltration du nerf présacré.

L'ovaire et la trompe droits sont réséqués.

Ignipuncture de l'ovaire gauche.

Suites : Le surlendemain, règles non douloureuses.

Résultat : *Guérison.* Trois ans et demi plus tard, les règles reviennent tous les mois, ne sont plus douloureuses. Cependant, la malade reste nerveuse.

OBSERVATION N° 25

Mme Aline-Louise R..., admise pour fibrome utérin.

Elle souffre aussi d'une dysménorrhée ancienne, datant de la puberté — dysménorrhée plus marquée un mois sur deux — troubles nerveux, douleurs pelviennes non périodiques.

Intervention : Le 18 février 1941.

Fibrôme utérin. Ovaires scléro-kystiques.

Hystérectomie subtotale après infiltration des pédicules ovariens.

Ignipuncture de l'ovaire droit qui est laissé en place.

Suites parfaites : pas de douleurs.

Résultat : Huit mois après l'opération, la malade se porte bien, ne souffre plus de la région pelvienne.

Cette observation montre bien que grâce à la méthode des infiltrations locales, les suites opératoires d'une hystérectomie sont parfaitement indolores.

VUE D'ENSEMBLE

En condensant ces résultats, nous constatons que :

. — Dans tous les cas, les **suites opératoires** ont été indolores et normales.

2. — **Au point de vue des résultats éloignés :**

Dans les **ovarites scléro-kystiques pures,** sans lésions associées :

Sur **11 cas** dont nous donnons l'observation, il y a :

— 6 bons résultats ;

2 améliorations passagères suivies de récidives ;

— 1 mauvais résultat ;
— 2 améliorations post-opératoires ; pas de renseignements sur les résultats éloignés.

En résumé, sur neuf cas dont les résultats éloignés sont connus :

— 2/3 de bons résultats ;
1/3 de résultats médiocres.

Dans les ovarites scléro-kystiques compliquées d'appendicide :

Sur **8 cas** dont nous donnons les observations, il y a :

— 6 bons résultats ;
1 mauvais résultat ;
— 1 amélioration post-opératoire (pas de renseignements sur les résultats éloignés).

Dans les ovarites scléro-kystiques compliquées de lésions de l'appareil génital :

Sur **6 cas** revus :

— 6 bons résultats.

Notons que parmi les « bons résultats », il y a des guérisons avec disparition complète des douleurs et même des troubles nerveux, et des cas simplements améliorés.

Au total, en laissant de côté les malades qui n'ont pas été revues par la suite, nous obtenons :

Sur 22 cas de toute nature,

18 améliorations nettes ou guérisons cliniques, c'est-à-dire 4/5 de bons résultats.

TABLEAU

Rassemblant les cas d'ovarite scléro-kystique traités par l'infiltration des pédicules ovariens et du nerf présacré

LESIONS RENCONTREES AU COURS DE L'OPERATION	NOMBRE	BONS RESULTATS	AMELIORATIONS PASSAGERES	AMELIORATIONS POST-OPERATOIRES Résultats ultérieurs inconnus	MAUVAIS RESULTATS
Ovaires scléro-kystiques purs sans lésion des organes génitaux ou de l'appendice.	11	6	2	2	1
Ovaires scléro-kystiques, plus appendicite aiguë ou chronique.	8	6	0	1	1
Ovaires scléro-kystiques, plus lésions associées de l'appareil génital.	6	6	0	0	0
TOTAL.....	25	18	2	3	2

CONCLUSIONS

1. — Il résulte des connaissances anatomiques actuelles sur l'innervation de l'ovaire, que cette dernière est double, les nerfs ovariens empruntant la voie lombo-ovarienne, et la voie hypogastrique.

2. — Dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique, toutes les interventions qui n'agissent pas, soit par section chirurgicale, soit par section physiologique sur ces deux voies, sont vouées à de nombreux échecs.

3. — Les infiltrations anesthésiques des pédicules ovariens, provoquent le « blocage », c'est-à-dire, la section physiologique de tous les nerfs de l'ovaire. On supprime de cette manière toutes les excitations réflexes partant de cet organe, excitations tenant à la fois à la dégénérescence scléro-kystique proprement dite, et au traumatisme opératoire quel qu'il soit. C'est pour cela que l'infiltration doit être le premier temps de l'intervention.

L'ignipuncture a son action propre, en modifiant le stroma ovarien par l'hyperémie qu'elle détermine.

4. — Les résultats fournis par la méthode de l'infiltration asociée à l'ignipuncture (dont certains remontent à plus de cinq ans et peuvent être considérés comme définitifs) paraissent encourageants et plus constants que ceux des méthodes employées jusque là dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique.

Clermont-Ferrand, le 9 juillet 1942

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg,

André FORSTER.

Vu :

Le Président de Thèse,

A. WEISS.

Vu et permis d'imprimer :

Clermont-Ferrand, le 10 juillet 1942.

Le Recteur de l'Académie,
Président du Conseil de l'Université,

Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

A. DANJON.

BIBLIOGRAPHIE

Amenabar. — Résection partielle et réduction de la circulation ovarienne comme traitement de l'ovarite scléro-kystique. (*La Semana Medica*, Buenos-Ayres, 5 juillet 1923.)

Bayer (M^lle^ I.). — Les applications de la sympathectomie chimique en gynécologie. (*Thèse de Nancy*, 1932.)

L. Berger. — La glande sympathicotrope du hile de l'ovaire. (*Archives d'Anatomie, d'Histologie et d'Embryologie*, tome II, 1923.)

Bernard (A.). — Contribution à l'étude de l'anesthésie utérine par l'infiltration des paramètres. (*Thèse de Marseille*, 1940.)

Binet (A.). — Phénolisation des nerfs sympathiques génitaux. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, avril 1932.)

Bittmann. — Sur les douleurs lombaires et leur traitement par la sympathectomie périaortique. (*Lyon Chirurgical*, tome XXII, 1925).

Bourguet. — Les nerfs de l'ovaire et du testicule. — Déductions médico-chirurgicales. (*Thèse de Montpellier*, 1934.)

Bozzi Corso (G.). — Riserche sul cellulare plevico e sul sistema nevro vascolare iliacoipogastrico nella ovarite sclero-cistica. (*Clin. Ost.*, n° 31, p. 285-303, juin 1929.)

Castano et Introzzi. — Nouveau procédé chirurgical pour le traitement de l'ovarite scléro-kystique. (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XXII, n° 4, 1930).

Castano. — Varicocèle pelvien et ovarite scléro-kystique. (*La Prensa Medica Argentin*. Buenos-Ayres, année XXVIII, n° 286, 10 mars 1932.)

Condamin. — Ovarite scléro-kystique. Ses relations étiologiques avec la Douglassite. (*Lyon Médical*, 8 décembre 1929.)

Cordier, Devos et Delcroix. — Origine et terminaison des nerfs de l'ovaire. (*Annales d'Anatomie pathologique et d'Anatomie normale médico-chirurgicale*, 1^er^ avril 1940.)

Cotte. — Sur le traitement des dysménorrhées rebelles par la sympathectomie hypogastrique périartérielle ou la section du nerf présacré. (*Lyon Médical*, tome CXXXV, n° 6, 8 février 1924).

Cotte. — Sur le traitement chirurgical de l'ovarite scléro-kystique. (*Lyon Chirurgical*, tome XXII, n° 2, mars-avril 1925.)

Cotte. — La sympathectomie hypogastrique a-t-elle sa place dans la thérapeutique gynécologique ? (*Presse Médicale*, samedi 24 juin 1925.)

COTTE et DECHAUME. — Technique et indications opératoires des interventions sur le sympathique pelvien en gynécologie. (*Journal de Chirurgie*, juin 1925.)

COTTE et DECHAUME. — Les plexalgies hypogastriques. Documents histo-pathologiques. Considérations pathogéniques. (*Presse Médicale*, 14 mars 1931.)

COTTE. — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. (Masson, édit., 1931.)

COTTE. — Chirurgie du sympathique pelvien en gynécologie. (Masson, édit., 1932.)

COTTE et CAVAILHER. — Sur la valeur de la sympathectomie chimique en gynécologie. (*Revue française de Gyn. et d'Obst.*, tome XXXII, n° 10, octobre 1937.)

COTTE. — Sur l'infiltration des nerfs présacrés et hypogastriques. (*Soc. de Chirurgie de Marseille*, 1939. Séance du 20 mars.)

COURTY. — La sympathectomie péri-hypogastrique dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique. (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 11 juillet 1926.)

CRILE (W.). — La théorie cinétique du shock et l'opération sans shock. Association anocive. (*Revue de Chirurgie*, année 34, n° 1, 10 janvier 1914.)

CUEILLE (J.-G.). — Des interventions sur le sympathique pelvien, en particulier sur le nerf présacré, dans les douleurs pelviennes en gynécologie. (*Thèse de Bordeaux*, 1929.)

DANIEL et MAVRODIN. — Nouveau traitement des annexites par blocage anesthésique. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, juillet 1938, n° 14.)

DELAUNAY. — Des opérations conservatrices de l'ovaire (Ignipuncture, résection partielle). (*Thèse de Paris*, 1893-94.)

DELMAS et JAYLE. — Distribution abdomino-pelvienne du système neuro-végétatif. (*Annales d'Anatomie pathologique*, décembre 1931.)

DELMAS et LAUX. — Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif. (Masson, édit., 1930.)

DESMAREZ et BEDRINE (H.). — L'ovarite scléro-kystique. Idées modernes et traitement. (*Gazette Médicale de France et des Pays de langue française*, 15 septembre 1935.)

DESPLAS (B.). — De la sympathectomie périartérielle par agent chimique. (*Société Nationale de Chirurgie*, séance du 25 juin 1931, et *Monde Médical*, n° 795, 15 septembre 1931.)

DEVOS, DESMAREZ et LEJEUNE. — La chirurgie du sympathique ovarien. (*Echo Médical du Nord*, avril 1939.)

DIONIS DU SÉJOUR. — Note sur le traitement des ovarites scléro-kystiques par l'infiltration des pédicules ovariens associée à l'ignipuncture. Résultats éloignés. (*Académie de Chirurgie*, juillet 1942.)

Dionis du Sejour. — La percussion des épines iliaques antéro-cupérieures comme signe de diagnostic dans les affections abdominales sous-ombilicales. (*Gazette des Hôpitaux*, 9 mars 1911.)

Doppler. — Effekt der chemischen sympathikus ausschaltung an der arterien spermatica und ovarica mit isophenal bezw. phenol. (*Wienerklin. Wochen.* n° 12, 1927).

Dosser. — Contribution à l'étude du traitement de l'ovarite scléro-kystique. (*Thèse de Bordeaux*, 1934.)

Douay (E.). — Traitement chirurgical de l'ovarite scléro-kystique. Résection subtotale de l'ovaire (Opération de Walther). (*Comptes-rendus de la Société Française de Gynécologie*, n° 2, février 1935, et *Revue Française de Gynécologie et d'Obst.*, n° 4, avril 1935.)

Dupont. — Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique. (*Thèse de Paris*, 1909.)

Dupont. — Traitement de l'ovarite scléro-kystique par l'énervation de l'ovaire. (*Bulletin Médical*, 22 février 1928, p. 214.)

Ferey (D.). — La résection du plexus hypogastrique supérieur ; sa valeur réelle dans la thérapeutique chirurgicale. (*Congrès Français de Chirurgie*, 11 octobre 1930.)

Firminhac (R.). — Contribution au traitement chirurgical de l'ovarite scléro-kystique. L'opération de Walther. Résection subtotale de l'ovaire. (*Thèse de Paris*, 1934.)

Forgue et Massabuau. — L'ovaire à petits kystes. (*Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale*, février 1910.)

Fraisse. — Sur l'innervation sensible du petit bassin. (*Journal de Médecine de Paris*, 1928.)

Frydman. — L'anesthésie paramétrale. (*Thèse de Paris*, 1937.)

Gigowsky (E.-E.). — Zur histopatologie der sogenannten sklerozistichen ovarien. (*Monatschrift für Geburtschulte und Gynäkologie*, n° 97, p. 226-230, juillet 1934).

Grouzelle. — De la résection du nerf présacré dans l'ovarite scléro-kystique. (*Bulletin d'Obst. et de Gyn*, n° 8, octobre 1928.)

Guinier (M^lle^ J.-M.). — Ovarite scléro-kystique et kystes germinatifs de l'ovaire. (*Thèse de Paris*, 1922.)

Guyot (J.). — Résultats des interventions sur le sympathique pelvien en gynécologie. (*Congrès Français de Chirurgie*, séance du 11 octobre 1935.)

Hallopeau. — Névralgie génitale à forme grave. Guérison par la résection du plexus hypogastrique. (*Soc. de Chirurg. de Paris*, 1922.)

Hamant. — La résection du sympathique pelvien dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique. (*Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, année XV, n° 3, mars 1926.)

Henriet. — L'infiltration du sympathique pelvien en obstétrique. (*Société Médicale de Franche-Comté*, novembre 1936.)

Henriet. — Les bases anatomo-physiologiques de l'infiltration du sympathique pelvien. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg*, février 1938.)

Hovelacq E. — Anatomie des nerfs crâniens et rachidiens et du système sympathique. (Paris, 1927, *Doin*, édit.)

Imparato (E.). — L'enervazione dell' ovaio nell' ovarite sclerocistica. (Operazione di Dupont.) (*Rinasc. Méd.*, n° 5, p. 719 à 722, 1er juillet 1928.)

Introzzi (A. S.). — Nuevo procedimiento quirurgico par el tratamiento de la ovaritis esclero-quistica sus fundamentos tecnica y resultados obtenidos. (*Bol. Inst. de Clin. Quir.*, n° 54, p. 272-309, 1930.)

Jaboulay. — Le traitement de la névralgie pelvienne par la paralysie du sympathique sacré. (*Lyon Médical*, janvier 1899.)

Jiano (J.). — Contribution à la chirurgie des plexus nerveux lombo-aortiques et hypogastriques. (*Congrès Français de Chirur.*, 1929, séance du 11 octobre.)

Kraul. — L'influence de l'innervation sur l'ovaire. (*Archives für Gynäk.*, 2 janvier 1928.)

Kreis. — Etudes sur le tonus neuro-végétatif dans les troubles de la menstruation. (*Gyn. et Obst.*, 1922.)

Lagravinesse. — Spasmes du tube digestif dans l'ovarite scléro-kystique. (*Gyn. et Obst.*, 1930.)

Laignel-Lavastine. — Pathologie du sympathique. (*Alcan*, éd., 1923.)

Latarjet et Rochet. — Innervation des organes génitaux internes. (*Annales de Méd. et de Chirurg.*, tome I, 1928.)

Latarjet et Rochet. — Le plexus hypogastrique chez la femme. (*Gyn. et Obst.*, n° 4, 1922.)

Laux. — Contribution à l'étude anatomique du sympathique pelvien. Déductions chirurgicales. (*Thèse de Montpellier*, 1927.)

Le Cache x. — Ovarite scléro-kystique. Traitement par la résection partielle. (*Thèse de Paris*, 1927.)

Leriche. — Résultats de la sympathectomie faite sur les artères hypogastriques et ovariennes en gynécologie. (*Presse Médicale*, 11 avril 1925.)

Leriche et Fontaine. — De l'influence des opérations sympathiques sur la leucocytose. (*Presse Médicale*, 4 septembre 1926.)

Leriche et Stricker. — Recherches expérimentales sur le nerf présacré. (*Soc. de Chirurg.*, 1er juin 1927.)

Leriche. — Qu'est-ce que l'entorse ? (*Soc. de Chirurg.*, 3 mars 1934.)

Leriche. — Blocage du sympathique par la novocaïne et orientations nouvelles de la chirurgie. (*Journal Médical Français*, février 1937.)

Leriche. — Les enseignements et les résultats des infiltrations novocaïniques sur la chaîne sympathique. (*Journal Médical Français*, février 1937.)

Leriche. — La chirurgie de la douleur. (Paris, 1940, *Masson*, édit.)

Lhermitte (J.) et Dupont (R.). — Etude des fibres nerveuses dans l'ovarite scléro-kystique. (*Bulletin de la Soc. Anatomique de Paris*, juin 1922.)

Lhermitte (J.) et Dupont (R.). — Notes sur l'histologie des nerfs de l'ovaire, en particulier dans l'ovarite scléro-kystique. (*Acad. de Méd.*, mai 1926.)

Lhermitte (J.) et Dupont (R.). — De l'énervation de l'ovaire. *Gyn. et Obst.*, tome XIV, n° 3, mars 1927.)

Lorenzetti (F.). — Rifflessioni sul problema genetico e terapeutico dell' ovarite scleromicrocistica rapporti di causa ed effetto con la sterilita. (*Ginecologia*, I, décembre 1935, p. 1.254 à 1.315.)

Manzanilla (M. A.). — Etiopatogenesis y terapeutica de la ovaritis escleroquisticas. (*Cir. y Cirurjanos*, janvier 1935.)

Moulonguet. — Etude histo-physiologique des ovarites kystiques. (*Soc. Anatomique de Paris*, 7 juin 1928.)

Muller (P.). — La phénaline B et son emploi dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique. (*Revue Française de Gyn.*, n° 8, août 1933.)

Netter. — Etude critique de la valeur des tests de la fonction ovarienne. (*Presse Médicale*, 4 au 7 février 1942.)

Opocher (E.). — A proposito di degeneratione sclero cistica dell' ovaia e sterilita. (*Clinica Ostetrica*, n° 40, p. 11 à 13, janvier 1938.)

Pallot (M^lle^ G.). — Etude histo-physiologique des ovaires microkystiques. (*Thèse de Lyon*, 1932.)

Papillon (M.). — Essai de traitement de l'ovarite scléro-kystique par la testostérone. (*Bulletins et Mémoires de la Soc. de Médec. de Paris*, séance du 12 mai 1939, n° 9, p. 297 à 302.)

Popelin (M^lle^). — La crise intermenstruelle. (*Thèse de Paris*, 1914.)

Pozzi. — De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. (*Revue de Gyn. et de Chirurg. Abdominale*, 1897, n° 1, p. 3.)

Raguin. — Contribution au traitement conservateur dans le cas d'ovarite scléro-kystique. (*Thèse de Paris*, 1893-1894.)

Revoltella. — Distuzione chimica del simpatico ovarico. (*La Clinica Ostetrica*, tome XXXII, 1930.)

Riese. — Die feinsten Nervenf. und ihre Endigung im Ovarium der Saüge thiere und des Menschen. *Anat. Anz.*, 1891.)

Rotter. — Traitement des lésions inflammatoires des annexes par la ligature des vaisseaux spermatiques. (*Zentral Blatt für Gyn.*, année LVI, n° 3, 1932.)

De Rouville et Mocquot. — Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. (*Congrès de Chirurg. Paris*, 1926, séances des 4 et 9 octobre.)

Roux (G.). — Recherches histologiques sur le pédicule nerveux des ovaires scléro-kystiques. (*Acad. de Méd.*, 16 mars 1926.)

Samsoen. — Ovaire scléro-kystique et appendicite. (*Soc. de Médec. du Nord*, séance du 24 mai 1935, et *Echo Médical du Nord*, n° 27, juillet 1936.)

Scemla (J.). — Ovarite scléro-kystique traitée par la résection partielle des ovaires. (*Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, n° 34, p. 119 à 121, février 1935.)

Segond (R.). — Etude de l'innervation des organes génitaux de la femme. (*Thèse de Paris*, 1926.)

Da Silva Pereira (J. M.). — Concepto sobre ovaritis esclero quistica y varices pelvianas. (*Dia Med.*, n° 12, p. 468-470, 3 juin 1940.)

Smith (R.). — Traitement chirurgical de l'ovarite scléro-kystique. (*Rec. Med. Cubana*, n° 46, p. 317 à 322, mars 1935.)

Spirito (F.). — La modificazioni anatomopatologiche del simpatico nella ovarite sclerocistica. (*Ginecologia*, n° 3, p. 1 à 8, janvier 1937.)

Tinel (J.). — Le système nerveux végétatif. (*Masson*, 1937.)

Vallet. — Nerfs de l'ovaire et leur terminaison. (*Thèse de Paris*, 1900.)

Verger. — L'infiltration anesthésique du sympathique pelvien. (*Thèse de Lyon*, 1939.)

Vignes (H.). — Faits chirurgicaux et déductions physiologiques sur le système nerveux végétatif des organes génitaux féminins. (*Sciences Médicales*, janvier 1928.)

Violet. — Ovarites kystiques. (*Soc. Nationale de Médec. et des Sciences Médicales*, n° 17, janvier 1923.)

Violet. — *Communication au IV^e^ Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française*, octobre 1925.

Walther (P.). — Résection et ignipuncture ovarienne. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1922.

Walther (P.). — Valeur de la résection du plexus hypogastrique supérieur dans le traitement des névralgies pelviennes. (*Congrès français de Chirurgie*, 1928.)

Winiwarter (H. de). — A propos des sympathicotropes de l'ovaire humain. (*Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, n° 28, 20 octobre 1923.)

Winterhalter (E.). — Ein sympathischer ganglion in menschlichen ovarium. (*Archiv. für Gynäk.*, 1895.)

IMPRIMERIES MONT-LOUIS
Clermont-Ferrand - Paris
S. 3963 (150) 23-6-42.